



ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION

QUARANTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

**de la Commission permanente
de l'administration publique**

Le mercredi 13 novembre 2013 — Vol. 43 N° 18

Auditions concernant les services à domicile

**Président de l'Assemblée nationale :
M. Jacques Chagnon**

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 \$
Débats de toutes les commissions parlementaires	500,00 \$
Pour une commission parlementaire en particulier	100,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	30,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Direction de la gestion immobilière et des ressources matérielles
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec (Québec)
G1A 1A3

Téléphone: 418 643-2754
Télécopieur: 418 643-8826

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des commissions parlementaires dans Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'administration publique

Le mercredi 13 novembre 2013 — Vol. 43 N° 18

Table des matières

Exposé du Vérificateur général par intérim, M. Michel Samson	1
Exposé du sous-ministre associé à la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux, M. Sylvain Gagnon	2
Exposé de la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Mme Lucie Lecduc	4
Exposé de la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Mme Danielle McCann	5
Exposé de la directrice générale du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuntsic et Montréal-Nord, Mme Agnès Boussion	6
Exposé du directeur général du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau, M. Denis Beaudoin	7
Discussion générale	8
Remarques finales	34
M. Michel Samson, Vérificateur général par intérim	34
M. Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint à la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux	34
Le Président, M. Yvon Marcoux	35

Autres intervenants

M. Serge Cardin
M. Pierre Reid
Mme Hélène Daneault
M. Gilles Chapadeau
M. Daniel Goyer
M. André Drolet
Mme Kathleen Weil

Le mercredi 13 novembre 2013 — Vol. 43 N° 18

Auditions concernant les services à domicile

(Quinze heures quatre minutes)

Le Président (M. Marcoux) : Comme nous avons le quorum des membres de la commission, je déclare la Commission de l'administration publique ouverte. Je demande à toutes les personnes de bien vérifier si vos moyens technologiques sont bien soit fermés ou en mode silencieux.

L'objet de cette séance, donc, c'est de procéder à l'audition qui porte sur les services à domicile, qui faisaient l'objet d'un chapitre du rapport du Vérificateur général sur l'optimisation des ressources qui a été déposé au printemps dernier. M. le secrétaire, y a-t-il des remplacements ou des membres temporaires?

Le Secrétaire : Oui, M. le Président. M. Caire (La Peltre) est remplacé par Mme Daneault (Groulx). Et, comme membre temporaire, nous avons Mme Weil (Notre-Dame-de-Grâce).

Le Président (M. Marcoux) : Donc, merci. Comme prévu et comme d'habitude, après les remarques d'ouverture de nos invités, il y aura un échange d'organisé avec les membres de la commission, d'une durée d'environ 2 h 20 min. Nous vous prévenons à l'avance qu'il est possible qu'il y ait un vote vers les 17 heures — nous le saurons à ce moment-là — et donc nous devrons, le cas échéant, interrompre l'audition pour quelques minutes. Et nous déterminerons... Tantôt, je vous indiquerai comment se feront les échanges en termes d'alternance et de durée de questions-réponses.

Donc, j'invite M. le Vérificateur général... Bien sûr, je souhaite la bienvenue à tous nos invités. Ça fait toujours plaisir de vous voir ou de vous revoir, parfois. Et je parle notamment pour le sous-ministre, pour la présidente-directrice générale de l'agence de Montréal, entre autres, que nous avons vus il n'y a pas tellement longtemps.

Alors, j'invite M. Michel Samson, le Vérificateur général, à nous faire un résumé de ses observations sur les services à domicile pour environ cinq minutes et également nous présenter, pour ceux qui n'étaient pas présents ici, M. le Vérificateur général, les personnes qui vous accompagnent.

**Exposé du Vérificateur général
par intérim, M. Michel Samson**

M. Samson (Michel) : Merci, M. le Président. Alors, M. le Président, Mmes, MM. les membres de cette commission, M. le sous-ministre associé de la Santé et des Services sociaux, mesdames et messieurs des agences, mesdames et messieurs des centres de santé et des services sociaux, permettez-moi, dans un premier temps, de vous présenter les gens qui m'accompagnent : Mme Marie-Claude Ouimet, directrice principale; Mme Carole Bédard, qui est directrice de vérification; Mme Josée Bellemare, qui est chargée de projet sur le mandat dont on va discuter cet après-midi; et Mme Rachel Mathieu, qui faisait aussi partie de l'équipe de vérification.

C'est avec intérêt que je participe à cette séance de la Commission de l'administration publique portant sur les services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie. Un des enjeux du réseau de la santé et des services sociaux est de répondre à la demande croissante de services à domicile, laquelle est due, entre autres, au vieillissement de la population. En effet, les années à venir seront marquées par une augmentation de la proportion des personnes âgées de 65 ans et plus, qui passera de 17 % en 2013 à 26 % en 2031. En 2011-2012, le ministère de la Santé et des Services sociaux a consacré 599 millions de dollars à ce service.

Notre vérification s'est articulée autour de trois axes, soit les services à domicile offerts aux personnes âgées en perte d'autonomie, l'optimisation de ces services et l'encadrement du réseau à leur égard. Nos travaux ont été réalisés auprès du ministère, des agences de la santé et des services sociaux de Lanaudière, de Montréal et de l'Outaouais ainsi que des CSSS d'Ahuntsic et de Montréal-Nord, de Gatineau et du Sud-de-Lanaudière.

Nous avons constaté d'abord qu'il y a peu de repérage des personnes âgées vulnérables. Les CSSS vérifiés n'ont pas mis en place de mécanisme de repérage dans les milieux ayant une concentration significative de personnes âgées. Le repérage est principalement effectué à l'urgence, mais les personnes qui s'y présentent sont souvent déjà en perte d'autonomie. Par ailleurs, des usagers n'ont pas d'évaluation des besoins à jour ni de plan d'intervention. Le quart des évaluations ne sont pas à jour dans les dossiers examinés. Quant aux plans d'intervention, ils sont absents une fois sur deux et, lorsqu'ils sont présents, ils ne sont pas à jour une fois sur trois.

Nous avons également observé que les liens entre les services fournis et les besoins de l'utilisateur ne sont pas démontrés et l'intensité des services est variable d'un CSSS vérifié à l'autre. Quant aux services rendus, ils sont parfois insuffisants, selon des intervenants rencontrés, mais aucune analyse ne permet d'évaluer dans quelle mesure ils le sont. En outre, il n'y a pas d'image représentative des délais d'attente. Les listes d'attente sont incomplètes, et l'accès aux services est largement tributaire du niveau de priorité que l'établissement accorde à l'utilisateur. De plus, les professionnels affectés aux services à domicile ne passent qu'une faible partie de leur temps aux domiciles des personnes âgées, et les établissements n'incitent pas suffisamment leurs employés à optimiser leur productivité.

• (15 h 10) •

10 ans après leur diffusion, les orientations ministérielles ne sont que partiellement appliquées. L'absence de standard et le manque d'indicateurs font que la performance des services peut difficilement être évaluée. Par ailleurs, les

mesures en place ne permettent pas de contrôler suffisamment la qualité des services, notamment ceux rendus par les partenaires externes. Enfin, le ministère n'a pas évalué si les fonds alloués sont suffisants pour offrir les services tant pour les besoins actuels de la clientèle que pour ses besoins futurs.

En terminant, j'aimerais souligner l'excellente collaboration des représentants des entités vérifiées que nous avons rencontrés. Merci de votre attention.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. le Vérificateur général. J'invite maintenant M. Sylvain Gagnon, qui est le sous-ministre au ministère de la Santé et des Services sociaux, à nous présenter son exposé et également, M. le sous-ministre, les personnes qui vous accompagnent.

**Exposé du sous-ministre associé à la Direction générale
des services sociaux du ministère de la Santé et
des Services sociaux, M. Sylvain Gagnon**

M. Gagnon (Sylvain) : Alors, merci, M. le Président. M. Michel Samson, Vérificateur général par intérim, madame, monsieur, membres de la commission. Permettez-moi effectivement de présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Il s'agit de madame, à ma gauche, Mme Chantal Maltais, directrice générale adjointe des services aux aînés; Mme Renée Moreau, directrice du soutien à domicile, ainsi que Mmes Julie Filion et Marie-France Hallé, des gens qui nous ont beaucoup aidés dans la préparation de cette commission; Nathalie Lavoie, qui est à la Direction de l'audit interne du ministère; de même que M. Gilles Simard, qui est cadre-conseil en technologies de l'information.

Tout d'abord, je tiens à vous préciser que le ministère accueille favorablement le rapport du Vérificateur général. En fait, le ministère accueille toujours favorablement les rapports du VG, mais celui-là particulièrement...

Une voix : ...que nous entendons.

M. Gagnon (Sylvain) : ... tout à fait, celui-là, on l'accueille très favorablement — qui porte sur les services à domicile destinés aux personnes âgées, et est en accord avec les recommandations qui y sont formulées.

D'ailleurs, comme mentionné dans notre réponse au rapport de vérification précédent portant sur les services d'hébergement et lors de la commission parlementaire d'avril dernier sur le sujet, le ministère connaissait déjà plusieurs constats soulevés en matière de services offerts aux personnes âgées, que ce soit en lien avec l'hébergement ou le soutien à domicile.

Aussi, des mesures destinées à bonifier la prestation de services et à renforcer la qualité des services à domicile sont en cours de réalisation. Le plan d'action qui a été présenté au Vérificateur général ainsi qu'aux membres de cette commission démontre la volonté du ministère de répondre à chacune de ses recommandations. Soyez assurés que nous verrons à y consacrer tous les efforts nécessaires au cours des prochains mois afin de le traduire en actions concrètes dans le but bien sûr d'améliorer les services de soutien à domicile.

Cette audience de la Commission de l'administration publique à laquelle nous participons aujourd'hui représente une opportunité unique d'échanger avec vous sur trois chantiers majeurs qui ont cours actuellement au ministère et qui visent les services à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie. À ces chantiers, il faut ajouter l'intensification des services à domicile, où le réseau de la santé et des services sociaux est mis à contribution de façon importante.

Sans plus tarder, j'aborderai un des grands chantiers portant sur l'assurance autonomie, qui, comme vous le savez sûrement, est une priorité de notre ministre et du gouvernement. Le 30 mai dernier, en effet, Mme la première ministre Pauline Marois et le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés, le Dr Réjean Hébert, ont rendu public *L'autonomie pour tous — Livre blanc sur la création d'une assurance autonomie*.

Ce document a pour objectif de soumettre au débat public le projet d'une assurance autonomie pour faire face aux besoins croissants des soins et services de longue durée résultant principalement du phénomène démographique qu'est le vieillissement de la population québécoise. En outre, il y est mentionné qu'il est nécessaire d'opérer un certain nombre de transitions pour mieux répondre à la volonté des personnes d'avoir accès aux services que leur état requiert dans les milieux où ils résident et de sécuriser, donc, le financement des services qui leur sont dédiés.

Ce projet d'assurance autonomie vise à appuyer les personnes en perte d'autonomie ou en quête d'autonomie, leur famille ou leurs proches aidants en favorisant le soutien à domicile et en leur offrant les services dont ils ont besoin. Tel qu'annoncé lors de la diffusion du livre blanc, les enjeux soulevés par la proposition de créer une assurance autonomie sont tels qu'il est nécessaire d'en discuter collectivement. D'ailleurs, une commission parlementaire est présentement en cours pour discuter de cette proposition.

Depuis le 23 octobre dernier, et ce, jusqu'au 19 novembre — il y aura peut-être même une journée qui va s'ajouter — les membres de la Commission de la santé et des services sociaux auront entendu environ une cinquantaine de groupes de divers horizons. Je tiens à mentionner que les changements qui sont proposés dans le livre blanc sont en cohérence avec plusieurs recommandations du Vérificateur général.

Le deuxième chantier dont je voudrais vous entretenir est la rédaction d'une politique nationale de soutien à l'autonomie. Plus précisément, ce que nous souhaitons, c'est moderniser la politique actuelle *Chez soi : le premier choix* qui a été diffusée en 2003. Cette nouvelle politique entend répondre plus adéquatement au souhait des personnes de demeurer à domicile le plus longtemps possible en leur fournissant les services nécessaires. Elle misera sur la capacité des personnes à décider pour elles-mêmes tant par rapport à leur lieu de domicile qu'en ce qui concerne le type de services et le prestataire. Quant à sa diffusion, nous prévoyons qu'elle puisse se faire au cours des prochains mois, donc un peu

après les fêtes.

Le troisième chantier concerne l'élaboration d'une offre de services pour l'ensemble du continuum de services destinés à nos aînés. Cette offre de services permettra de fournir des orientations claires, plus opérationnelles sur la nature des services à offrir ainsi que sur les rôles et les responsabilités des différents prestataires de services, tout en définissant des standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Cette offre de services se diviserait en cinq grands volets du secteur de l'hébergement : les services en phase post-aiguë, donc quand on sort d'un épisode hospitalier; les services ambulatoires ou ceux qui sont reçus en établissement; un troisième secteur va toucher les services de soutien à domicile longue durée; les soins palliatifs; et un dernier volet sur les proches aidants.

Deux volets sont directement liés avec le sujet d'aujourd'hui, soit le soutien à domicile longue durée et les proches aidants. Ces travaux sont appuyés par une recension des écrits, des meilleures pratiques et un consensus d'experts. Cette première partie, qui sera terminée sous peu, nous permettra d'élaborer et diffuser graduellement des orientations relatives aux standards attendus à partir de l'hiver 2014.

Bien que des travaux majeurs aient cours dans ces trois chantiers, le ministère a formulé des attentes très précises au réseau de la santé et des services sociaux en matière de soutien à domicile pour les personnes âgées, dans le cadre des dernières ententes de gestion et d'imputabilité. En effet, les établissements doivent réaliser un certain nombre d'actions, soit : poursuivre l'optimisation du soutien à domicile; continuer d'augmenter le nombre d'heures en soutien à domicile; accentuer l'offre de services communautaires et bénévoles; augmenter le nombre de personnes évaluées ou à réévaluer; et consolider la fonction gestion de cas. On y reviendra un peu plus tard.

En ce qui concerne l'augmentation du nombre d'heures en soutien à domicile, je tiens à préciser qu'au 31 mars dernier on constatait une hausse totale des heures de plus d'un million depuis 2009-2010, soit une augmentation de 10,8 %. Ces résultats découlent à la fois des efforts d'optimisation qui sont déployés depuis quelques années dans le réseau et des investissements additionnels qui sont issus du plan intégré de services aux personnes âgées 2011-2013.

Plus concrètement, ces gains de productivité améliorent le temps direct — c'était souligné par le Vérificateur général — passé à domicile par les intervenants. Par exemple, pour les services d'aide à domicile, en 2009-2010, on offrait 4,9 interventions par jour, alors qu'en 2012-2013 on atteint maintenant 5,6 interventions en moyenne. Donc, on atteint un gain de productivité qui représente 15,3 %. Pour les services d'ergothérapie à domicile — un autre exemple — on constate une hausse de 13,5 %. Ces gains de productivité améliorent par le fait même l'accès aux services et dégagent des marges de manoeuvre budgétaires pour financer une offre de services supplémentaire. Cette optimisation se réalise grâce aux efforts des intervenants du réseau, qui n'hésitent pas à revoir l'organisation du travail, à harmoniser leurs outils, leurs pratiques cliniques et à utiliser de façon plus optimale les ressources du réseau local de services et à viser par leurs différentes actions une meilleure intégration des soins et services.

Nous avons également réitéré l'importance de poursuivre la mise en place des neuf composantes de ce qu'on appelle le Réseau de services intégrés de personnes âgées. On retrouve dans ces composantes : la mise en place de mécanismes d'accès unique, ce qu'on appelle le guichet unique, pour simplifier l'accès à la population à nos services; la gestion de cas; des systèmes d'évaluation avec des outils qui sont reconnus scientifiquement; la planification des services, donc les plans de services; l'accès à une équipe gériatrique; et un médecin de famille, bien sûr.

• (15 h 20) •

En effet, M. le Président, le Réseau de services intégrés est la stratégie retenue pour assurer la continuité des soins et des services offerts, que ce soit à domicile, en ressources intermédiaires, en ressources de type familial, ou en centre hospitalier, ou en centre d'hébergement. L'intégration de services repose d'abord sur un processus commun d'évaluation des besoins, sur le partage d'information et enfin sur la collaboration des différents cliniciens. Selon les dernières données disponibles au 31 mars 2013, le taux d'implantation des neuf composantes du réseau se situait à 67 % pour l'ensemble du Québec. Étant donné que l'implantation du réseau est une pierre angulaire des services, une cible avait été fixée à 70 % en 2015, et on pense rehausser effectivement cette cible-là puisque le rythme va bien en ce qui concerne l'atteinte de la cible.

Une composante importante concerne l'évaluation des besoins de la personne, comme le mentionnait le Vérificateur général dans son rapport. À cet égard, le ministère a demandé aux instances locales que tous les usagers du Programme de soutien à l'autonomie inscrits au soutien à domicile longue durée soient évalués ou réévalués à l'aide du Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle et que l'opération puisse être terminée le 31 décembre de cette année. Cette action du ministère corrigera les lacunes soulevées par le Vérificateur général, qui stipule que les usagers du soutien à domicile n'ont pas toujours d'évaluation à jour. Depuis 2009, soulignons qu'une application informatique, appelée la solution informatique RSIPA, a été développée pour soutenir les processus cliniques. En date de juillet dernier, la première livraison de cette solution informatique était déployée dans 101 établissements, dont nos 94 CSSS. Cette application permet d'obtenir rapidement des données à jour et de qualité sur les usagers comme le profil des besoins ISO-SMAF.

Le gouvernement est conscient que les attentes envers le réseau en matière de soutien à domicile sont importantes et exigeantes. C'est pourquoi un investissement supplémentaire de 110 millions a été effectué pour l'année financière en cours afin d'intensifier ces services. Donc, de ce montant, près de 62 millions étaient destinés directement à augmenter les services pour nos personnes qui résident à domicile. Il y a un 10 millions qui est allé pour soutenir les organismes communautaires; un 8 millions pour justement la coordination de ces services-là; 5 millions pour le programme d'exonération financière; 5 millions pour travailler sur les troubles cognitifs — on sait que c'est un problème très, très important pour nos aînés; de même que 3,1 millions pour le processus de certification des résidences privées; enfin, 10 millions pour maintenir les adultes ayant des incapacités significatives et persistantes à domicile.

Avant de conclure, permettez-moi de faire une courte parenthèse. Je tiens à souligner que l'ensemble de nos travaux destinés aux aînés s'inscrit dans une perspective de mesure de la performance. En effet, le ministère s'est engagé, au

cours de la dernière année, à développer la fonction d'évaluation de la performance, conformément à son plan stratégique.

En conclusion, M. le Président, je tiens à souligner l'engagement du personnel du ministère et le dévouement de tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, et tout particulièrement ceux qui quotidiennement veillent au bien-être des personnes en perte d'autonomie à domicile. Je tiens aussi à faire mention du travail essentiel de nos partenaires, qui contribuent également au soutien en autonomie des personnes âgées. Je pense aux entreprises d'économie sociale en aide domestique, aux organismes communautaires et le travail qui se fait en résidence privée.

Je réitère que notre plan d'action est la preuve de notre volonté d'améliorer constamment nos actions en matière de soutien à domicile. Le rapport du Vérificateur général contribue à notre démarche d'amélioration continue. C'est pourquoi nous nous engageons à poursuivre nos réflexions et nos travaux et à mettre en oeuvre les mesures prévues dans notre plan d'action. Je vous remercie de votre attention et suis disponible, après le discours de mes collègues, à répondre aux questions.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. le sous-ministre. J'invite maintenant Mme Lucie Leduc, qui est la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, à nous présenter son exposé et également les personnes qui l'accompagnent. Alors, Mme Leduc.

**Exposé de la présidente-directrice générale de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de Lanaudière, Mme Lucie Leduc**

Mme Leduc (Lucie) : M. le Président, M. le Vérificateur général par intérim, M. Samson, mesdames et messieurs, membres de cette commission, M. le sous-ministre associé et Mme la présidente-directrice générale de l'Agence de Montréal, alors bonjour.

Dans un premier temps, j'aimerais vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui. Il s'agit de Mme Marie-Sylvie Le Rouzès, directrice générale adjointe à l'agence de Lanaudière, ainsi que Mme Danielle Couture, directrice des services sociaux à l'agence de Lanaudière.

En ce début d'audience, je tiens à préciser que l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a lu bien sûr avec intérêt le rapport du Vérificateur général du Québec et qu'elle accueille favorablement les recommandations émises à la suite de cet exercice de vérification. Je profite également de la tribune qui m'est donnée pour souligner le sérieux et la qualité du travail rendu par les équipes sollicitées lors de la démarche, et ce, tant à l'agence qu'au CSSS du Sud-de-Lanaudière, qui est absent aujourd'hui. Cet esprit de collaboration reflète bien le souci constant d'amélioration qui anime le réseau de la santé et des services sociaux lanauchois. D'ailleurs, les recommandations faites par le Vérificateur général s'inscrivent dans le prolongement des efforts déjà déployés dans notre région afin d'optimiser les services en soutien à domicile, particulièrement en ce qui concerne la clientèle âgée.

Permettez-moi de poursuivre en vous traçant d'abord un portrait sommaire de l'évolution démographique de Lanaudière. La région de Lanaudière est située en périphérie de Montréal, sa population est établie à 476 941 personnes en 2012. Dans cinq ans, elle pourrait se chiffrer à 519 952 individus. Le taux d'accroissement anticipé de 9 % de la population lanauchoise sera largement supérieur à celui prévu, de 3 %, pour l'ensemble du Québec. De façon générale, les prochaines années seront marquées par un vieillissement rapide de la population. Entre 2013 et 2020, le nombre d'aînés devrait s'accroître de 33,8 %, comparativement à 25,8 % pour l'ensemble du Québec. Ces chiffres ont une incidence significative sur la prestation de services offerte dans la région et sur la façon dont ceux-ci sont et seront organisés dans le futur.

Diverses actions ont été entreprises il y a quelques années déjà dans notre région pour faire face à cette évolution démographique, de manière à répondre aux besoins de la clientèle en soutien à domicile. Ainsi, une harmonisation des standards de pratique a été mise en place dans les deux CSSS de la région, et ce, dès 2005. Cette façon de faire favorise un traitement équitable et similaire des demandes pour toute la population régionale sans égard à son lieu de résidence. Dans ce même esprit, l'optimisation des ressources disponibles en soutien à domicile a fait l'objet d'une importante mobilisation au sein de notre région.

Afin de répondre à la demande accrue découlant du vieillissement de la population, l'agence, les CSSS et les entreprises d'économie sociale en aide domestique ont participé à une révision des processus et à la mise en place des meilleures pratiques. Ces travaux nous ont permis de rehausser de 22,5 % le nombre d'heures de services directs en soutien à domicile pour les personnes âgées. Plusieurs des pratiques déployées assurent également une prestation de services à domicile sécuritaire et de qualité. Mentionnons, par exemple, la signature d'ententes de service avec les entreprises d'économie sociale et la formation qui est offerte aux travailleurs de ces entreprises d'économie sociale. D'ailleurs, au volet de la qualité, d'autres initiatives ont également vu le jour dans notre région. À ce chapitre, notons, à titre d'exemple, le développement d'un tableau de bord régional qui permet d'analyser régulièrement la performance des services à domicile en considérant les volumes rendus, leur qualité ainsi que leur coût.

Les constats énoncés et les pistes d'intervention proposées dans le rapport du Vérificateur général ont été pris en compte dans l'élaboration de nos plans d'action locaux et régionaux. Deux recommandations s'adressaient plus particulièrement aux agences. Voici les grandes lignes de notre plan d'action en lien avec ces recommandations.

La recommandation n° 7 présentée dans le rapport du Vérificateur général fait référence au partage des outils de gestion et de l'expertise développée lors des travaux relatifs à l'optimisation de la performance des établissements. À cet effet, nous tenons à vous signaler que, dans Lanaudière, le partage des outils est déjà mis en application régionalement, et ce, depuis 2005. Pour aller encore plus loin, notre agence a initié avec les régions de Laval et des Laurentides une

démarche interrégionale visant à favoriser le partage d'outils et d'expertises autour de la question des soins à domicile. Nous croyons que cette activité s'inscrit parfaitement dans l'orientation ciblée dans le rapport du Vérificateur général. Notre plan d'action régional prévoit également d'autres mesures, telles que la hiérarchisation des services et le taux de présence à domicile en vue d'améliorer notre performance et de réduire ainsi les délais d'attente dans ce secteur.

La recommandation n° 8 du Vérificateur général touche la réglementation relative aux appels d'offres lors de recours à des firmes externes pour optimiser les processus. De ce côté, nous devons mentionner que la région de Lanaudière n'a pas fait appel à des firmes externes pour réaliser les projets d'optimisation de soins à domicile. L'orientation régionale en ce domaine a plutôt été de permettre aux ressources humaines des deux CSSS de notre région de développer une expertise interne avec un accompagnement de l'agence. Nous tenons à vous assurer que nous demeurons vigilants à l'égard de tout processus d'appels d'offres dans notre région et que nous continuerons à veiller au respect des règles établies en ce domaine.

Comme vous pouvez le constater, la région de Lanaudière a investi beaucoup d'efforts au cours des dernières années autour de l'offre de services des soins à domicile sur son territoire. Nous sommes bien conscients que beaucoup de travail est encore à faire afin d'améliorer la prise en charge de la clientèle ainsi que la fluidité du continuum de services. Il s'agit là d'un grand défi, que nous relevons une étape à la fois et au rythme de nos moyens. Pour y arriver, nous avons la chance de pouvoir nous appuyer depuis longtemps sur des établissements et des partenaires engagés et mobilisés.

Ensemble, nous continuerons à partager une vision commune, à mettre à profit nos expertises, à consolider une offre de services performante pour ainsi répondre davantage aux besoins de la population. De manière à poursuivre dans cette voie, nous contribuerons avec le ministère de la Santé et des Services sociaux à la mise en oeuvre du plan d'action présenté par le Vérificateur général du Québec. D'autres orientations devront aussi y être intégrées en fonction du projet de l'assurance autonomie, qui influencera certainement les actions à venir. Finalement, je tiens à vous assurer de notre engagement à améliorer sans cesse l'accès, l'intensité et la qualité des services aux personnes âgées de Lanaudière. Je vous remercie de votre attention.

• (15 h 30) •

Le Président (M. Marcoux) : Merci, Mme Leduc. J'invite maintenant Mme Danielle McCann, qui est la présidente-directrice générale de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, à nous présenter son exposé puis également les personnes qui vous accompagnent. À vous, Mme McCann.

**Exposé de la présidente-directrice générale de
l'Agence de la santé et des services sociaux
de Montréal, Mme Danielle McCann**

Mme McCann (Danielle) : Merci, M. le Président. Alors, membres de la commission, M. le Vérificateur général du Québec, M. le sous-ministre associé, madame, messieurs, alors, bonjour et merci encore de nous accueillir.

Permettez-moi de vous présenter les personnes de l'agence qui m'accompagnent aujourd'hui. Il s'agit de M. Vincent Lehouillier, directeur des affaires institutionnelles et des ressources humaines; de Mme Lydia Ingenito, directrice adjointe du programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées; et de Mme Maryse Beaumier-Robert, conseillère aux communications. Toutes deux, derrière moi.

Comme nous l'avons mentionné lors de notre récent passage devant cette commission, il y a quelques semaines, l'agence de Montréal prend très au sérieux la démarche de suivi des rapports du Vérificateur général du Québec. Les recommandations énoncées ainsi que celles découlant du rapport sur les services d'hébergement agissent comme des leviers dans la planification de nos actions en matière de services aux personnes âgées. L'agence planifie, d'ailleurs, la mise à jour de son plan d'action montréalais pour le programme Soutien à l'autonomie des personnes âgées, dont le premier axe est l'offre de services à domicile. Évidemment, notre plan sera en cohérence avec les travaux du ministère sur le continuum des services destinés aux aînés.

À Montréal, les personnes de 65 ans et plus représentent 16 % de notre population. Plusieurs d'entre elles vivent seules, 36 %, et sans véritable soutien familial, et proviennent de différentes communautés culturelles, soit 38 %, et sont également aux prises avec des problèmes de santé complexes. La majorité désire rester chez elles le plus longtemps possible. Pour répondre à ce souhait, les CSSS jouent un rôle central auprès de la communauté, et nous travaillons avec eux afin de renforcer l'offre de services à domicile. En plus de nos 12 CSSS, le réseau public peut compter sur neuf entreprises d'économie sociale en aide domestique et environ 80 organismes communautaires qui oeuvrent en partenariat pour offrir des services, notamment à la clientèle aînée.

D'entrée de jeu, j'aimerais vous parler des efforts colossaux qui sont réalisés par nos établissements pour augmenter la productivité des équipes affectées aux services à domicile. Plusieurs projets d'optimisation sont actuellement en cours dans le réseau et se sont traduits par une meilleure accessibilité pour la clientèle. À preuve, le nombre d'aînés qui reçoivent des services à domicile augmente d'année en année. En 2012-2013, ils étaient environ 54 000 à recevoir du soutien à domicile, pour un total de 1,9 million d'heures de services directs offerts par le personnel du réseau. Plus spécifiquement, une personne âgée à domicile reçoit en moyenne près de 120 heures de services professionnels et d'aide personnelle à domicile par année.

Comme le disait le sous-ministre associé, ces résultats sont le fruit de l'implication exceptionnelle des gestionnaires et des intervenants du réseau, qui n'hésitent pas à revoir leurs façons de faire afin d'assurer une présence accrue auprès des usagers. Tel qu'inscrit dans notre plan d'action remis au vérificateur, cette expertise, développée dans le cadre de ces projets d'optimisation, sera partagée à l'ensemble des établissements afin de poursuivre le développement d'une culture de performance dans le réseau.

Depuis peu, l'agence a mis sur pied un comité régional de coordination et de concertation de l'optimisation avec l'ensemble des établissements publics, et ce comité aura notamment pour objectif d'élaborer un portrait des projets

d'optimisation régionaux et locaux actuellement en cours dans le réseau et de proposer des façons de soutenir le développement des compétences afin de rendre les établissements montréalais autonomes dans leurs projets d'optimisation et pour en assurer la pérennité.

Dans son rapport, le vérificateur souhaite également que les agences s'assurent que les établissements respectent la réglementation relative aux appels d'offres lorsqu'ils recourent à des firmes externes pour optimiser leurs processus. Concernant cet aspect, l'agence s'est engagée dans une démarche en ce sens et a contribué à celle du ministère afin de mieux encadrer l'octroi de contrats.

Avant de conclure, j'aimerais ajouter quelques mots sur la prise en charge à domicile des personnes âgées qui ne nécessitent plus des soins actifs dans nos hôpitaux. Vous en conviendrez avec moi, l'hôpital n'est pas un milieu de vie. Alors, c'est pourquoi l'agence souhaite renforcer l'imputabilité des établissements et encourager le travail en réseau en privilégiant systématiquement le retour à domicile d'une personne, suite à une hospitalisation, comme le premier choix. Ce changement de pratique nécessitera des efforts importants et une collaboration étroite de la part de nos établissements. Toutefois, nous croyons qu'il est nécessaire afin de répondre au souhait de nos personnes âgées de demeurer chez elles le plus longtemps possible, avec une offre de services adaptée à leur condition.

En terminant, j'aimerais saluer l'ensemble du personnel du réseau, qui fait un travail remarquable pour offrir à nos personnes âgées des soins à domicile de qualité. Soyez assurés que nous continuerons à y consacrer tous les efforts nécessaires au cours des prochains mois, et ce, en collaboration avec nos établissements et nos partenaires, que ce soient les entreprises d'économie sociale en aide domestique ou les organismes communautaires. Je vous remercie de votre attention.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, Mme McCann. J'invite maintenant Mme Agnès Boussion, directrice générale du Centre de santé et de services sociaux d'Ahuhtsic et Montréal-Nord, à nous présenter son exposé et également les personnes qui vous accompagnent, Mme Boussion.

**Exposé de la directrice générale du Centre de
santé et de services sociaux d'Ahuhtsic et
Montréal-Nord, Mme Agnès Boussion**

Mme Boussion (Agnès) : Je vous remercie, M. le Président. Alors, M. le Président, membres de la commission, M. le Vérificateur général du Québec, M. le sous-ministre, mesdames et messieurs, permettez-moi d'abord de vous présenter les personnes qui m'accompagnent aujourd'hui : M. Donald Haineault, directeur général adjoint; Mme Sylvie Paquet, directrice des services aux aînés; ainsi que Mme Estelle Zehler, conseillère cadre en communications.

Je souhaiterais vous présenter le Centre de santé et de services sociaux d'Ahuhtsic et Montréal-Nord. Il se distingue par la grande proportion de personnes âgées de plus de 65 ans, qui ne représentent pas moins de 18,1 % de sa population, soit la proportion la plus importante de l'île de Montréal. Parmi ces personnes, on note qu'une sur cinq est à faibles revenus et que deux sur cinq vivent seules. Nous desservons actuellement près de 6 000 usagers de plus de 65 ans, ce qui ne représente pas moins de 235 000 interventions par an. C'est pourquoi les recommandations du Vérificateur général nous interpellent et pourquoi nous les endossons entièrement. Notre démarche d'optimisation avait d'ailleurs démarré avant le dépôt de ces recommandations. Ainsi, le rapport du Vérificateur général vient soutenir les travaux déjà amorcés.

Le Vérificateur général souligne l'importance d'un repérage précoce des personnes vulnérables et du suivi requis. Aujourd'hui, nous avons adapté notre organisation du travail de façon à pouvoir repérer en de multiples lieux les personnes vulnérables de plus de 75 ans tout en assurant le suivi nécessaire, comme la prise en charge ou la relance préventive. Par exemple, un repérage systématique est fait lors des cliniques de vaccination massive, qui ne rejoint pas moins de 7 000 personnes. Nous faisons aussi un repérage au sein de nos centres de prélèvement du CSSS d'Ahuhtsic—Montréal-Nord. Ce sera également le cas dans nos trois GMF de notre territoire sous peu.

Enfin, nous mettrons en circulation dès décembre 2013 des outils de sensibilisation et d'information en regard à nos services destinés à la population, et ce, dans différents milieux, soit les pharmacies, les organismes communautaires, et autres.

• (15 h 40) •

Il ressort des conclusions du Vérificateur général qu'un certain nombre de nos usagers n'étaient pas évalués avec l'Outil d'évaluation multiclientèle, l'OEMC, et que certains plans d'intervention étaient manquants ou nécessitaient une mise à jour. Nous avons par conséquent entrepris une démarche, tel que le mentionne notre plan d'action, et en lien avec les points soulevés par M. le sous-ministre, ce qui nous permettra la mise à jour de l'ensemble des dossiers de notre clientèle âgée à l'aide de l'OEMC d'ici le 31 décembre 2013 et, pour les plans d'intervention, d'ici le 31 mars 2014. Par ailleurs, une mécanique de réévaluation annuelle des besoins et des plans d'intervention est désormais en fonction.

Concernant l'équité de nos services, nous avons centralisé et informatisé nos listes d'attente, ce qui nous permettra de fixer des cibles d'amélioration et d'ajuster nos ressources en conséquence. En plus, nous sommes en train de réviser notre cadre de référence locale afin de tenir compte des 14 profils ISO-SMAF dans notre offre de services.

Depuis sa création, en 2004, notre CSSS s'appuyait sur une culture de qualité. Toutefois, il est vrai, les éléments quantitatifs de la performance étaient moins développés. Notre démarche d'optimisation nous a permis de rééquilibrer cette tendance en créant de nouveaux outils de mesure parallèlement à la révision de certains processus de travail et à la clarification des attentes. Au 31 mars 2013, on constatait une augmentation de 7,2 % des heures travaillées en soutien à domicile par rapport à 2009-2010. La démarche d'optimisation a permis aux infirmières d'augmenter leur nombre de visites de 12 % entre 2010 et 2013, passant ainsi de 4,22 visites par jour à 4,61, tandis que les intervenants sociaux, pour leur part, augmentaient de 29 % leur temps de présence auprès des usagers.

Afin de nous assurer que chaque usager reçoive des services appropriés, sécuritaires et de qualité, nous avons amélioré la structure d'encadrement, et cela, sans ajout de postes de cadres. Nous avons donné aux spécialistes en activité clinique et aux infirmières cliniciennes assistantes du supérieur immédiat un rôle spécifique de soutien. Chaque intervenant bénéficie dorénavant de rencontres individuelles avec son superviseur clinique. Des intervenants gestionnaires de cas ont aussi été ajoutés aux équipes afin d'améliorer la prise en charge et la coordination des services lorsque plusieurs intervenants sont requis. Cet élément, entre autres, nous permettra de faire progresser l'implantation de RSIPA, qui dépasse déjà la cible de 5 %.

Je terminerai en disant que nous avons réalisé de nombreuses actions pour améliorer les services à domicile et que nous allons sans contredit poursuivre dans cette voie, d'autant plus que la population de plus de 65 ans augmentera de 28 % d'ici 2026, ce qui mettra cette clientèle au coeur de notre offre de services. Toutefois, notre confiance en l'avenir ne serait rien sans l'engagement de nos intervenants, qui veillent au quotidien au bien-être des personnes âgées en perte d'autonomie.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, Mme Boussion. J'invite maintenant M. Denis Beaudoin, qui est le directeur général du Centre de santé et de services sociaux de Gatineau...

**Exposé du directeur général du Centre
de santé et de services sociaux de
Gatineau, M. Denis Beaudoin**

M. Beaudoin (Denis) : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : ...à faire son exposé et à nous présenter la ou les personnes qui vous accompagnent.

M. Beaudoin (Denis) : Certainement. Merci, M. le Président. Membres de la commission, M. Samson, Vérificateur général, M. Gagnon, sous-ministre associé, mesdames et messieurs, dans un premier temps, permettez-moi de vous présenter les personnes qui m'accompagnent, à savoir : Mme Nicole Forget, directrice de l'hébergement et du soutien à domicile au CSSS de Gatineau; Mme Maryline Caron, directrice adjointe du soutien à domicile; et Mme Judith Daoust, directrice à l'Agence de santé et de services sociaux de l'Outaouais.

Je tiens à vous remercier de cette opportunité de pouvoir vous rencontrer afin d'élaborer sur les services à domicile offerts au CSSS de Gatineau pour les personnes en perte d'autonomie. Je tiens également à souligner la grande collaboration que nous avons obtenue de la part des représentants du Vérificateur général du Québec ainsi que la qualité du travail accompli lors de leur visite, à l'automne 2012. La démarche du Vérificateur est bénéfique et plus que pertinente afin d'assurer la mise en oeuvre de stratégies et d'actions concertées entre le ministère, les agences et les établissements dans une perspective d'amélioration continue des services à notre population.

Les recommandations du rapport s'inscrivent parfaitement dans le virage accessibilité entrepris en 2010 par notre organisation. Ce virage vise à offrir à la population des services appropriés de qualité et sécuritaires en favorisant l'accès à des services communautaires. À l'automne de la même année, une révision complète de l'organisation des services au soutien à domicile a été amorcée. L'aménagement du travail a été redessiné dans un continuum de services adaptés aux caractéristiques de la clientèle, en constituant des cellules d'intervention interdisciplinaires. Deux d'entre elles sont dédiées aux clientèles âgées ayant soit des déficits cognitifs ou des déficits moteurs.

Ce nouveau mode de fonctionnement et d'organisation du travail favorise le développement professionnel, le partage d'expertises au sein de chaque cellule d'intervention. L'utilisateur a accès à la fois à un intervenant pivot, tout en ayant accès rapidement à l'ensemble des professionnels membres de la cellule. Cette démarche a été soutenue par une philosophie de gestion et une vision concertée qui répondent à l'ensemble des neuf dimensions de la qualité du cadre de référence du CSSS de Gatineau.

Nous sommes fiers de souligner les principaux résultats reliés au projet pour l'année 2012-2013, à savoir : une réduction de 44,4 % du délai d'attente; une réduction de la liste d'attente de 45 %; une augmentation du ratio des heures d'intervention à domicile auprès de la clientèle; et un taux d'implantation du RSIPA à 70,66 %.

De plus, dans un souci d'amélioration continue et de pertinence quant à notre réorganisation aux SAD, nous avons effectué, au printemps 2013, un sondage expérience client auprès des usagers du territoire de Hull-Aylmer. Ce type de sondage vise à mesurer la qualité de l'interaction réelle des usagers avec les intervenants ainsi que leur expérience vécue au sein du continuum de services. Nous sommes conscients des défis et des enjeux qu'entraîne le vieillissement de la population. C'est pourquoi le CSSS de Gatineau a entrepris, depuis un an, une démarche d'analyse prospective afin d'évaluer les besoins de la population en 2020-2025 et d'envisager une organisation de services ainsi que les ressources nécessaires pour y répondre. C'est le projet que nous appelons Vision 2025.

L'Outaouais ayant une population plus jeune que la moyenne du Québec, nous constatons que le nombre de personnes de 75 ans et plus sera 85 % plus élevé en 2020-2025 par rapport à 2011. Notez que, pour l'ensemble du Québec pour la même période, cette augmentation sera de 57 %. Bien que cet accroissement s'effectuera graduellement, nous devons dès maintenant travailler à élaborer des stratégies organisationnelles pour y faire face.

En conclusion, nous sommes heureux de constater que notre plan d'action, au CSSS de Gatineau, converge positivement avec les recommandations du Vérificateur général du Québec. Que ce soit par le biais du virage accessibilité ou notre exercice de projection Vision 2025, le CSSS de Gatineau poursuit sa transformation afin de répondre à cette réalité qui frappe déjà à nos portes qu'est le vieillissement de la population. Qui plus est, l'approche préconisée dans le livre blanc sur l'assurance autonomie est un élément clé pour répondre à ce besoin. Je vous remercie et demeure disponible pour répondre à vos questions.

Discussion générale

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. Beaudoin. Donc, nous allons procéder maintenant à la période d'échange avec les membres de la commission. Nous allons procéder par des blocs d'à peu près 10 minutes, questions et réponses, avec une certaine flexibilité pour ne pas interrompre évidemment un intervenant en plein milieu de sa réponse. Et les membres qui représentent le gouvernement disposent d'à peu près un peu plus d'une heure, même chose pour les membres de la commission qui représentent l'opposition officielle, et à peu près plus de 15 minutes pour le membre qui représente le deuxième groupe d'opposition. Alors, je commence maintenant en me tournant vers le vice-président de la commission, le député de Sherbrooke.

M. Cardin : Merci, M. le Président. Bien, d'abord, M. le Vérificateur général, sous-ministre, les agences et les centres de services sociaux, bonjour, bienvenue d'être là encore une fois. Mais ce n'est pas tout à fait le même dossier, quand même, il faut le dire. Maintenant, on a travaillé un peu là-dessus, puis j'aurais tellement de questions à vous poser, puis, en même temps, bien, je vois vos allocutions et puis je me dis : Les recommandations sont suivies, sont acceptées par tout le monde.

Mais là juste une petite question d'entrée de jeu. Vous avez souligné, M. Gagnon, que... vous avez parlé de l'assurance autonomie, que vous acceptez les recommandations. Il y a des changements qui s'opèrent. Vous acceptez l'assurance autonomie. Mais l'assurance autonomie, bien sûr, c'est assez de travail, il y a des consultations. Vous y voyez quand même des points importants pour contribuer justement à remplir des engagements au niveau de... face aux recommandations du Vérificateur général. Mais, dans ce sens-là, là, comment on peut... Parce qu'il n'y a rien encore de coulé, là, il n'y a pas de loi, il n'y a pas de plan, là, définitif avec les sommes d'argent qui peuvent y arriver. Donc, il y a une période de transition puis même peut-être de flottement à quelque part. Dans ce contexte-là, vous avez l'intention de composer de quelle façon?

• (15 h 50) •

M. Gagnon (Sylvain) : Bien, en fait, il faut réfléchir, là, la grande priorité gouvernementale de l'assurance autonomie comme étant une impulsion, hein, qu'on doit donner, qui va permettre d'accélérer le travail qui est déjà fait puis qui va amener beaucoup, beaucoup, beaucoup de rigueur sur, justement, l'évaluation des clientèles puis la nécessité de s'assurer qu'on puisse donner les services à cette personne-là en fonction de ses besoins. Donc, je pourrai revenir plus longuement, là, sur ce qui est derrière l'ensemble des travaux de l'assurance autonomie.

Mais ce qui est très, très clair, c'est qu'on travaille en continuité avec les efforts qui sont réalisés depuis plusieurs années. Un très, très bel exemple de ça, c'est les investissements qui ont été faits au cours de la dernière année, là, on parle de 110 millions, qui ont été faits et qui permettent, justement, de faire avancer, là, l'offre de services. Puis là je vais vous donner quelques exemples. Pas plus tard que cet été, je demandais à l'ensemble, là, des agences et des établissements qu'on puisse mettre à jour l'ensemble des profils de nos clientèles qui sont inscrites dans le soutien à domicile, de sorte que ça, ça nous permet justement... D'abord, là, on doit le faire parce qu'on devait le faire. C'était, d'ailleurs... cette orientation-là avait déjà été inscrite dans les ententes de gestion. Les ententes de gestion, c'est : à chaque année, le ministère, avec les P.D.G. des agences, convient des objectifs à atteindre pour la prochaine année, et, de la même façon, les P.D.G., avec leur établissement, font le même travail, de sorte que cet objectif-là était déjà prévu dans nos ententes de gestion. L'opération devait se terminer au 31 mars, on l'a devancée en décembre pour justement s'assurer, là, qu'on a une mesure exacte des besoins des personnes.

Il y a eu du financement, je vous le disais, 8 millions qui ont été effectivement alloués pour ajouter, consolider la fonction de ce qu'on appelle les gestionnaires de cas, là. Ce n'est pas des gestionnaires... Puis souvent, dans les médias, on entend, là : Le réseau de la santé a ajouté des gestionnaires, puis il y a de plus en plus de gestionnaires, moins de professionnels. Ce sont des cliniciens qui ont une fonction, là — c'est la traduction du «case manager» — qui ont une fonction qui est clinique pour coordonner les services parce que, la littérature est très, très claire là-dessus, quand les interventions sont bien intégrées, les équipes travaillent ensemble, la démonstration est faite qu'on a une meilleure qualité de services puis on a surtout une meilleure continuité de services pour éviter qu'on puisse effectivement, là, avoir des bris de service.

Un autre élément qui est en continuité, justement, de ce qui se fait... Parce qu'au-delà des grandes réformes il est important que les travaux continuent puisque les besoins de la population sont présents, là. On a un chantier très important actuellement avec les entreprises d'économie sociale. On a entendu beaucoup, là, des préoccupations de qualité, de contrôle de la qualité avec nos partenaires. Et il y a là plusieurs mesures qu'on met en place. Ça fait déjà trois ans qu'on a un travail qui est intensifié avec nos entreprises d'économie sociale pour qu'elles puissent effectivement agir comme partenaires très intégrés, donc, de l'action.

Dans le cadre du financement qui a été accordé cette année, il y avait également — puis je vais terminer avec ça — un 10 millions qui a été alloué aux organismes communautaires qui offrent des besoins de première subsistance, là — pensons à nos popotes roulantes, par exemple, là — qui font que ce qui concourt au maintien à domicile, souvent ce sont des gestes qui sont simples, ce n'est pas des gestes et des activités ultraspécialisés, puis ce sont ces gestes simples là qu'on a besoin de fournir en quantité importante, puis c'est ça qui fait la différence entre le fait de rester à domicile ou pas. Donc, c'est un travail qui est en continuité, mais très certainement que l'assurance autonomie va donner une impulsion additionnelle pour qu'on accélère le mouvement, compte tenu du vieillissement de la population qui est important au Québec.

M. Cardin : Au niveau des résultats de vérification, je cite : «Peu de suivi des orientations et absence de standards provinciaux.» On nous dit, dans le rapport : «Dix ans après leur diffusion, les orientations ministérielles ne sont que partiellement appliquées. L'absence de standards et le manque d'indicateurs font que la performance des services peut difficilement être évaluée.»

Après 10 ans — bien, c'est ça, là, il y avait les orientations, ça fait déjà depuis 2003 — qu'est-ce qui a fait que, justement, les orientations de 2003 n'ont pas été complètement appliquées? Parce que, là, on va arriver probablement dans une autre orientation, bien, différente, mais toujours le même objectif ultime de l'autonomie et de garder les gens à domicile le plus longtemps possible. Mais c'est ça, le questionnement que j'ai, c'est ça : Depuis 10 ans, qu'est-ce qui a fait qu'on n'a pas pu, là, élaborer et suivre aussi l'avancement de tous les éléments, là, au niveau de l'agence, au niveau des centres de services?

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, en 2003, on s'est donné une politique qui jetait les cadres des orientations nationales, de sorte qu'il y a eu un guide d'application, là, qui a été développé quelques mois plus tard, une année ou deux plus tard, pour justement supporter la mise en oeuvre de cette politique-là.

Là, il faut être très honnêtes, là — puis le vérificateur nous le dit, là — qu'est-ce qui a fait qu'on n'a pas atteint tous les objectifs? Un certain nombre de choses, là. Très certainement que la capacité financière de répondre à l'ensemble des besoins a concouru à faire en sorte que nécessairement toutes nos orientations n'ont pas été mises en place. Puis, quand on observe, puis le Vérificateur général l'a fait, de même que la Protectrice du citoyen le faisait également... on observe une disparité dans l'offre de services, là, parfois à l'intérieur même de régions puis parfois entre les régions. Nécessairement, ce qu'il faut... ce qui vient conditionner cet élément-là, c'est le financement historique que les établissements recevaient. Ça, c'est un premier élément.

Un deuxième élément, les populations au Québec ne sont pas stables, il y a un déplacement. Donc, on le voit actuellement qu'il y a une explosion des populations au niveau, là, de la ceinture de Montréal, de sorte que nécessairement le financement ne suit pas toujours, un, l'évolution, puis la présence de nos personnes, de sorte que la politique, si elle a jeté les grands pans de mur, nécessairement, quand on arrive à des standards, par exemple, parce que c'est... Il est vrai de dire qu'un certain nombre de standards auraient dû être précisés, d'ailleurs c'est l'intention. Mais, au-delà de ces standards-là, on a mis en place un certain nombre d'indicateurs : nos délais d'attente, on regarde, là, le financement qui est accordé pour les différentes clientèles.

Puis ce qu'on s'aperçoit de plus en plus — puis je vais terminer avec ça — dans le soutien à domicile, ce qui est de plus en plus important, c'est qu'on puisse distinguer l'offre de services de nos différentes clientèles. On a des besoins de soutien à domicile pour nos clientèles en déficience intellectuelle, trouble envahissant du développement, on en a parlé, les personnes en déficience physique, puis de la même façon que le maintien à domicile doit se faire également pour les services posthospitaliers, au sortir d'une chirurgie, puis de la même façon en services externes. Et puis il y a quelque chose qui est très, très important, c'est la prise en charge longue durée, donc quand on est devant une situation où on prend une personne en charge pour plusieurs années.

Il est important de bien distinguer ces différents paramètres-là pour associer le financement à ces clientèles-là, sécuriser le financement. C'est l'intention notamment qui est dans l'assurance, avec la création d'une caisse, qu'on puisse sécuriser ce financement-là pour l'amener un peu à la manière, là, d'un financement à l'activité, donc que les allocations soient consenties à la personne et qu'on sorte de la logique d'un financement historique. On le fait de plus en plus, avec les allocations. On pourra y revenir un peu plus loin, mais on a une préoccupation, depuis quelques années, de s'assurer de tenir compte, là, des populations puis de l'équité entre les régions pour le financement. Et ça, nécessairement, on y travaille, ce qui concourt à probablement ajuster et à donner l'équité qui est attendue en regard des préoccupations du VG.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci...

M. Cardin : Moi, je me donnais du temps. Je pense qu'il avait été parti trop tard, mais mon temps est dépassé.

Le Président (M. Marcoux) : Non, non, non.

M. Cardin : Mais je vais revenir.

Le Président (M. Marcoux) : Non, c'est la même chose finalement, tout est correct.

M. Cardin : Non, non, cinq minutes?

Le Président (M. Marcoux) : Non, c'est qu'il ne fonctionnait pas au point de départ.

M. Cardin : C'est ça que je disais. Moi, je me donnais... Je prenais du lousse, comme on dit en latin.

Le Président (M. Marcoux) : Nous allons revenir.

M. Cardin : Bien, il y avait cinq minutes de plus qui étaient déjà passées. Je vais revenir.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. le député. Maintenant, je me tourne... M. le député d'Orford.

M. Reid : Merci, M. le Président. C'est assez intéressant, nous sommes dans une commission qui n'est pas partisane, qui ne fait pas de politique partisane, mais le début... ma première question que je m'attendais à poser, le député de Sherbrooke a commencé un peu de la même façon. Il a parlé de période de flottement.

Mais, en fait, la période qui nous intéresse, en particulier qui m'intéresse, c'est effectivement la même dont on vient de parler, c'est-à-dire qu'entre le moment où le vérificateur vous a fait connaître des études — vous aviez déjà sûrement des chiffres, par ailleurs — donc on parle peut-être d'il y a à peu près un an, jusqu'à ce qu'il y ait quelque chose de nouveau qui se mette en place, on parle de l'assurance autonomie avec un certain nombre d'approches, de politiques, etc., il y a des êtres humains, des personnes qui sont âgées, avec des problèmes, qui vivent dans des endroits dont on parle, enfin, qui vivent sur le territoire, de préférence à domicile, c'est celles qui nous intéressent le plus, le domicile pouvant — et on y reviendra — être d'ailleurs une résidence privée, comme on a vu. Et, à ce moment-là, vous avez dit, M. le sous-ministre, dans votre exposé, vous avez parlé, à la page 8... De ce que j'ai, moi, en tout cas, vous dites : «Bien que des travaux majeurs aient cours dans ces trois chantiers, le ministère a formulé des attentes très précises au réseau de la santé...». Donc, vous parlez exactement de la même chose, c'est-à-dire des attentes...

• (16 heures) •

Une voix : ...

M. Reid : Oui, vous vous prépariez à faire une bonne réponse, j'en suis sûr. Quand vous parlez des attentes «bien [qu'il y a] des travaux majeurs», on parle bien de la même chose : de la période dans laquelle on vit, pas nécessairement ce qui va arriver plus tard, quand... que ce qui est projeté maintenant est en train d'être travaillé... quand ce sera mis en application. Et vous dites : «...des attentes très précises au réseau de la santé et des services sociaux en matière de soutien à domicile pour les personnes âgées dans le cadre des dernières ententes de gestion et d'imputabilité. En effet, les établissements doivent réaliser un certain nombre d'actions...»

Et là je vais juste, moi, prendre les deux premières — parce qu'avec le vérificateur on a passé un certain temps ce matin, et, quand on a vu ça, on avait des questionnements — sur «l'optimisation du soutien à domicile» et, on dit, «continuer d'augmenter le nombre d'heures en soutien à domicile».

Donc, il y a un aspect, dans ce que le vérificateur a fait, qui parle d'optimisation et de services. Et, dans l'optimisation, on parle, par exemple, du nombre d'heures, de la productivité, entre guillemets, ce n'est pas nécessairement un bon terme, mais le nombre d'heures que le personnel va passer effectivement en services directs, c'est-à-dire en présence de personnes âgées pour des services.

Et j'aimerais ça savoir comment vous avez déjà, disons, entamé... Parce que vous, M. le sous-ministre, vous êtes au sommet de la pyramide, en quelque sorte; et, ici, on a des gens qui sont à d'autres niveaux, l'agence, qui est un autre niveau décisionnel important, parce que le ministère s'est décentralisé; et également les centres sont aussi des centres de décision.

Alors, j'aimerais peut-être commencer par vous et que vous nous disiez un petit peu comment est-ce qu'on a entamé ces processus-là pour avoir un véritable changement? Vous avez parlé tantôt d'un changement qui est déjà arrivé en termes d'un nombre d'heures, 1 million et quelques heures de plus, je pense, là. C'est sûr que c'est des chiffres impressionnants, mais c'est à la grandeur du Québec, donc c'est quand même une proportion qui n'est pas négligeable, mais...

Alors, j'aimerais que vous nous en parliez un petit peu, comment est-ce que vous avez entamé ça, comment est-ce que vous voyez ce développement-là avoir un impact aujourd'hui, puisqu'il semble qu'il y en ait déjà eu en termes de nombre d'heures, et peut-être, en passant, nous dire c'est quoi, les obstacles... On s'imagine tous qu'il y a peut-être des questions d'organisation du travail qui ne sont pas toujours faciles. Il fut un temps où il y avait, dans un hôpital, jusqu'à 20, ou 30, ou même plus, unités d'accréditation syndicale, ce qui ne simplifiait pas les choses, j'imagine que ça existe encore dans une certaine mesure. Alors, pourriez-vous nous faire une espèce de portrait global? Puis on aura le loisir après, surtout que tout le monde en a à peu près parlé dans les discours qu'on a eus, on pourra avoir le loisir de savoir ce qui se passe à d'autres niveaux, dans les exemples que le vérificateur a choisis.

Le Président (M. Marcoux) : M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Bien, essentiellement, donc, puis c'est important à notre niveau, comme gestionnaires, là, au-delà des grandes réformes, il est important de s'assurer, là, qu'on ait une continuité puis on met les mécanismes en place justement dans la perspective de mieux répondre aux besoins.

L'effort d'optimisation qu'on a connu au cours des dernières années, ça fait à peu près trois ans qu'on l'a entrepris. Donc, nécessairement, on s'est donné des objectifs précis. C'était dans la planification du ministère, là, la planification 2010-2015, comme orientation stratégique. Et nécessairement, compte tenu de la situation financière du Québec et compte tenu justement des besoins importants, on s'était fixé un objectif d'améliorer la performance de 10 %, hein, aller chercher 10 % de performance dans les services de soutien à domicile.

Donc, quand on a commencé l'exercice, on avait à peu près 500 millions de financement, là, dans les services directs longue durée. 10 %, donc l'objectif qu'on se donnait, c'est : aller chercher en quelque sorte, dégager 50 millions de marge de manœuvre par de l'optimisation, sur cinq ans. Donc, on s'était donné cet objectif-là. On se disait : On va travailler, l'effort, là... L'an un, bon, on a préparé les choses, nécessairement, avec nos agences. On a travaillé beaucoup avec les directeurs de l'organisation de services, avec les P.D.G. On s'est fixé des objectifs. Donc, ce qu'on s'est dit : 1,5 % la première année; 2,5 %, la deuxième; 3 %... puis on a accéléré, donc, 3,3 %, pour arriver à 10 % au terme de quatre ans.

Donc, ça permet effectivement, là, de... On a des résultats probants. Ce qu'on a mesuré... Parce qu'à travers l'effort d'optimisation il y a également du financement additionnel au cours de ces années-là. Il faut se rappeler que, dans le plan de services intégrés 2011-2013, c'est 150 millions qui ont été ajoutés, donc, par l'ancien gouvernement, de sorte que c'est un effort très, très important. Mais, quand on regarde le financement qui a été donné, on est en mesure de dire qu'aujourd'hui on a 8 % de la cible, là, on a atteint la cible, on est à 8 % de l'effort d'optimisation. Donc, 80 % de la cible est atteint. Donc,

ça se fait, ça, par un travail de coordination important avec nos agences. On a travaillé à la fois sur l'organisation du travail, à la fois sur les éléments cliniques du travail également et à la fois sur les outils technologiques. Je vous dirais que...

M. Reid : Sur la productivité, entre guillemets, là, qui n'est pas le bon terme, là, quelle est la proportion de ça qui a été un... Autrement dit, les mêmes personnes faisant plus de soins parce que soit le travail est mieux organisé ou soit il y a moins de transport...

M. Gagnon (Sylvain) : Exact.

M. Reid : ...ou soit peu importe, là... est-ce que...

M. Gagnon (Sylvain) : On a revu les itinéraires, oui.

M. Reid : C'est ça, les itinéraires ont été un élément important de ça?

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait.

M. Reid : Où est-ce qu'on a trouvé des gains? Parce qu'on a un petit peu de difficultés à savoir pourquoi il y a une telle variation entre les endroits que le vérificateur a visités.

M. Gagnon (Sylvain) : Bien, en fait, on a questionné les pratiques. Je vous le disais, on a travaillé sur trois points, l'organisation du travail, les itinéraires. Sur le plan clinique, on s'assure qu'on fait les bonnes choses, puis que parfois, là, effectivement, là, il y a des usagers qu'on suit trop longtemps, une prise en charge trop importante. Et puis on a questionné les pratiques. Vous avez vu, là, nécessairement, c'est un dossier qui a particulièrement été important, on en a entendu parler dans les médias, pas toujours de la bonne façon, là. Mais c'est clair qu'on a questionné les pratiques. Puis on se disait souvent : Bien là, il ne faut pas minuter le nombre d'interventions. Bien, de plus en plus, ce que la littérature nous dit, même dans le domaine social, sur le plan nursing, sur le plan de l'ergothérapie, de la physiothérapie, on doit être en mesure de dire : Pour tel type de pathologie, voilà le temps qui devrait être requis. Donc, ça, ça a permis d'améliorer le temps de présence auprès des personnes.

De la même façon, je vous dirais, dans le domaine médical, là, un bel exemple, la chirurgie de la cataracte, là, on le sait qu'aujourd'hui on a multiplié la capacité de faire des cataractes parce qu'on a mieux organisé le travail : nouvelles technologies, développement des connaissances. Ça doit être vrai partout. C'est clair que ça a amené des préoccupations au niveau, nécessairement, de nos professionnels parce que ce qu'on leur disait qui était bien fait au cours des dernières années, bien, on leur demande de revoir leurs pratiques. Mais on a travaillé beaucoup, justement, avec les équipes. Et, si on est parvenu à ce gain de productivité là, c'est justement parce qu'au central, comme ministère, on a donné un objectif, on a donné des outils, des plateformes, des lieux d'échange. Parce que le Vérificateur nous disait, à juste titre : Assurez-vous qu'on ne répète pas toujours les mêmes choses puis ce qui est bon à une place, qu'on puisse le faire connaître dans d'autres organisations. On a mis des plateformes pour ça, des lieux d'échange. Et souvent c'est sur la base des bonnes pratiques, des initiatives — on en a entendu tout à l'heure — des initiatives qui se développent...

M. Reid : Bien, justement, on a la chance d'avoir ici...

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait.

M. Reid : ...des représentants de deux agences. Est-ce qu'on pourrait, peut-être, avoir vos commentaires sur cette question justement d'organisation du travail et de l'ensemble pour faire en sorte qu'on a plus... — en fait, c'est un gain — qu'on répond mieux à plus de demandes, plus de besoins avec les personnes qu'on a ou en ajoutant peut-être aussi, en... Est-ce qu'on pourrait avoir un peu...

Le Président (M. Marcoux) : Soit des agences ou des centres de santé, là, dépendant qui veut répondre. Pour une couple de minutes.

Mme Leduc (Lucie) : Bien, je peux peut-être...

Le Président (M. Marcoux) : Oui?

Mme Leduc (Lucie) : ...peut-être juste préciser...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme Leduc.

Mme Leduc (Lucie) : ...ce qu'il y avait dans mon discours, hein? Tout à l'heure, on parlait d'une augmentation sur trois ans de 22,5 % du nombre d'heures de services. Alors, ce qu'on a fait en région, c'est qu'on s'est donné un cadre d'harmonisation. D'une part, on a embauché quelqu'un à temps plein pendant deux ans, depuis 2005, pour travailler, pour partager avec les deux CSSS les meilleures pratiques, les outils de gestion, les bons coups, dans certains cas, aussi, puis

une harmonisation des pratiques qui a permis... et également une nouvelle organisation du travail. Ce que ça veut dire, par exemple, c'est qu'au lieu d'envoyer une infirmière, on envoie une auxiliaire familiale à domicile, ça permet d'économiser, c'est une personne qui a des compétences pour le faire. Alors là, on économise des heures. Cette auxiliaire-là va, dans bien des cas, avoir une pagette de façon à ce qu'elle n'ait pas à retourner au bureau, surtout dans les régions un peu plus...

M. Reid : Bien oui. Plus de transport.

Mme Leduc (Lucie) : ...à grand territoire comme la nôtre. Alors là, c'est vraiment ça, l'optimisation. Ça nous permet, donc, avec le même nombre de personnes, dans certains cas, de pouvoir vraiment optimiser. Et, avec aussi les physiothérapeutes et ergothérapeutes, qui sont souvent des professions en pénurie, quand on utilise des personnes qui ont des D.E.C. dans ces secteurs-là, alors là, encore, on a une optimisation qui est possible. Bien sûr, on doit travailler avec les syndicats, là, hein? Ce sont des processus qui sont quand même complexes. Mais, dans l'exemple que je donnais tout à l'heure, c'est tout à fait ce qui nous a permis d'augmenter en partie le nombre d'heures de services, qui n'est pas suffisant malgré tout, mais qui est quand même un pas dans la bonne direction.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci. Donc...

M. Reid : La difficulté... Juste une petite fraction de seconde, là, si vous voulez?

Le Président (M. Marcoux) : Oui.

M. Reid : Si vous aviez un chiffre à me donner, de un à 10, sur, par exemple, la question syndicale, parce qu'on a tous en tête... on se demande... Alors, jusqu'à quel point ça a amené des difficultés puis jusqu'à quel point ça a été... Si vous mettez de un à 10...

Mme Leduc (Lucie) : Ça a bien été.

M. Reid : ...10 étant le plus facile. Un...

Mme Leduc (Lucie) : Ça s'est bien passé.

M. Reid : Oui?

• (16 h 10) •

Mme Leduc (Lucie) : Oui, oui, oui. Je dirais sept ou huit, là. Il n'y a pas eu, à ma connaissance... En tout cas, je ne suis pas dans la région depuis plusieurs années, mais je n'ai pas entendu qu'il y avait... C'est des éléments qui se travaillent avec les syndicats...

M. Reid : Je suis d'accord, oui.

Mme Leduc (Lucie) : ...dans une perspective vraiment de collaboration. Et on est en train, je le dirai peut-être plus tard, mais d'élargir cette expérience-là au-delà de notre région. Puis d'ailleurs, aujourd'hui, il y a une rencontre qui se tient Laval-Laurentides-Lanaudière pour vraiment avoir une harmonisation plus grande.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, Mme Leduc. Nous pourrions y revenir. Est-ce que, Mme la députée de Groulx, vous voulez intervenir immédiatement?

Mme Daneault : Oui, merci. Moi, je voudrais revenir au tableau à la page 13 du rapport du Vérificateur général, où on a l'équivalent en... Moyenne provinciale, le temps passé à domicile en 2011-2012, où finalement on retrouve en moyenne... Et là, quand on regarde le maximum, c'est 30 % du travail passé à domicile des différents intervenants, tant physiothérapie, inhalothérapie, soins infirmiers, nutrition, ergothérapie et services psychosociaux, qui, eux, sont même à 11 %.

Alors, ma question s'adresse à qui voudra répondre : Qu'est-ce qu'on fait le reste du temps? Parce que, là, on a un maximum de 30 %, là, dans le meilleur des cas, de temps passé à domicile auprès des patients. Alors, on a au moins 70 % du temps qui n'est pas passé auprès des patients ou au chevet des patients. Alors, qu'est-ce qu'ils font du reste du temps?

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, qui veut répondre à cette question? Oui, M. Beaudoin.

M. Beaudoin (Denis) : Je vais tenter une réponse qui... Soit dit en passant, si on faisait la même étude au niveau de l'hospitalier, on se rendrait compte que nos intervenants ne sont pas à 100 % ou à 80 % auprès du patient. À chaque fois qu'un intervenant rencontre un patient, il doit préparer sa visite, il doit étudier son dossier pour pouvoir, après ça, avoir sa rencontre. Et sa rencontre va lui générer du travail : premièrement du travail administratif et clinique, de saisir l'information, de s'assurer que son plan d'intervention est à jour, des éléments comme ça, ses notes évolutives, qui... dans le cas du CSSS de Gatineau, presque tous nos intervenants sont dotés d'ordinateurs, donc on essaie de le faire en temps réel avec le patient tout en gardant un bon contact... mais qui va également générer d'autres activités, des interventions auprès du médecin traitant, des interventions auprès d'organismes communautaires, pour pouvoir assurer la continuité de services.

Vous pouvez le voir, les aides à domicile qui travaillent essentiellement à supporter le patient dans son confort à domicile, eux passent un pourcentage beaucoup plus important, et l'autre temps, ça va être vraiment préparer les déplacements. Un travailleur social, c'est un peu l'autre extrême, il travaille à s'assurer que le patient a les services, que ce soit au niveau de sa famille, que ce soit au niveau des autres organismes. Alors, c'est pour ça que lui passe beaucoup moins de temps.

Autre élément qu'on doit comptabiliser, c'est que c'est le temps auprès du patient et non pas le temps en communication avec le patient. Il y a beaucoup d'interventions qui se font par téléphone qui ne sont pas comptabilisées là-dedans. Le travailleur social, c'est un bon exemple, où il va suivre le patient en l'appelant régulièrement, mais ils ne seront pas comptabilisés là-dedans. Alors, on n'atteindra jamais des 70 % parce qu'il y a beaucoup de travail à faire en dehors.

Dans une démarche — puis là je ne répondais pas à votre question, je vais rester à votre question — dans une démarche d'amélioration du temps au patient, ce n'est pas tant l'effort qu'on doit faire pour qu'ils passent plus de temps au patient, mais l'effort qu'on doit faire pour qu'ils passent moins de temps ailleurs. Alors, on expliquait les routes et les éléments comme ça qu'on essaie de...

Mme Daneault : Je voudrais juste préciser : ergothérapie, physiothérapie, alors, quand on fait le calcul, ergothérapie, en moyenne une heure par jour auprès d'un patient. Comment on peut faire de l'ergothérapie dans des papiers, là?

M. Beaudoin (Denis) : C'est parce que l'ergothérapie, c'est la planification de l'environnement du patient, comment je m'assure que sa salle de bain est adéquate puis qu'il est en contact avec tous les organismes pour modifier... L'ergothérapeute va travailler aussi avec le patient, mais pas comme le physiothérapeute. Pour augmenter le temps de présence au patient, on utilise plus de techniciens en physiothérapie et, là, on augmente significativement.

Le Président (M. Marcoux) : Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Un physiothérapeute passe deux heures par jour en moyenne auprès d'un patient, donc deux patients par jour. Vous nous dites aujourd'hui que c'est acceptable de penser qu'on va optimiser en voyant deux patients... En physiothérapie, sincèrement, je ne pense pas qu'on rend d'énormes services en remplissant des papiers, en communiquant avec... Parce que, la physiothérapie, vous le savez comme moi — je suis médecin, là — c'est le traitement, c'est le traitement à domicile, c'est le traitement. Et, quand je constate ça, je comprends la réalité maintenant qu'on a, nous quand on voit des patients qui nécessitent de la physiothérapie à domicile, on a des listes d'attente épouvantables, que finalement les patients n'en ont pas, n'ont pas recours à la physiothérapie. Alors, tous ces gens-là qui sont sur les listes d'attente, qui ne sont pas soignés, dont on retarde le traitement...

Parce que, vous le savez comme moi, la réhabilitation, la physiothérapie, ce n'est pas six mois après un diagnostic ou une récupération d'ACV qu'on va être optimal, on va optimiser la condition du patient. Alors, quand je vois qu'un physiothérapeute à domicile donne l'équivalent de deux heures-soins par jour, donc deux patients par jour, je comprends maintenant pourquoi il y a tant de gens sur les listes d'attente qui n'auront jamais accès aux traitements. Alors, aujourd'hui, moi, j'aimerais vous entendre nous dire que ce n'est pas acceptable puis qu'on va essayer d'optimiser, pas à 30 %, mais à 70 %, plutôt à l'inverse que de faire de la paperasse ou d'organiser... Je ne sais pas quels rendez-vous en physiothérapie on veut essayer d'organiser, mais je pense que, ça, on peut donner ça à des gens d'administration. Mais qu'on utilise les ressources d'un physiothérapeute, qui a des connaissances que personne d'autre ne peut faire, là... Le physiothérapeute, il ne peut pas être remplacé; sa connaissance, sa profession, non. Par contre, le remplissage de paperasse, on peut le donner à une secrétaire, on peut le donner à un administratif afin d'optimiser le traitement et la connaissance du physiothérapeute.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Beaudoin.

M. Beaudoin (Denis) : Oui. Alors, premièrement, je voudrais rectifier que je ne dis pas que c'est acceptable, là.

Mme Daneault : Écoutez, là...

M. Beaudoin (Denis) : C'est ce que... Vous demandiez une explication pourquoi c'est la situation. Et nous, on recherche effectivement l'amélioration du temps. En six mois, on a amélioré de 10 %, là, de trois points le temps, actuellement, en présence au niveau des usagers. Juste de doter des outils pour éviter la ressaisie, rendu au bureau, on améliore le temps également. Alors, mais ce que je disais, c'est que c'est vraiment... il faut travailler... puis un peu comme vous le dites, ce qui n'est pas fait présentement en présence du patient, comment on fait pour réduire au minimum le temps ou transférer cette activité-là à un autre professionnel? Je suis entièrement d'accord avec vous. Alors, quel sera le taux? Ça, je vous avoue que... Et c'est sûr qu'il va être variable en fonction des différentes professions.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Mme Boussion, vous vouliez intervenir...

Une voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Excusez, c'est parce qu'elle a demandé la parole.

Mme Boussion (Agnès) : Si vous me le permettez, j'aurais peut-être un élément qui pourrait aussi être intéressant à vous mentionner. C'est qu'on a aussi ajouté, dans le cadre de l'optimisation et la réorganisation du travail, des techniciens

en réadaptation physique qui vont venir justement supporter le physiothérapeute ou l'ergothérapeute pour le libérer de certaines tâches qui ne sont pas des tâches de physiothérapeute ou d'ergothérapeute pour que ces derniers fassent vraiment ce qui est central au niveau de la physiothérapie ou de l'ergothérapie.

Parce que, quand on a travaillé au niveau de l'optimisation, il y a de ça aussi qu'on a vu, on a vu que certaines fonctions, dans notre organisation, que ce soit au niveau des infirmières, aussi au niveau des physios, au niveau des ergos... avaient des tâches à valeur non ajoutée, qui est un terme d'optimisation et pas obligatoirement très, très gagnant, là, mais bon, qui sont des tâches à valeur non ajoutée. On parle ici d'administratif, toutes les tâches administratives, comme vous le dites, de remplir des papiers, mais aussi des tâches qui ne sont pas de physiothérapie, qu'on peut donner à d'autres types de professionnels. Et c'est ça que nous, on a intégré, entre autres à Ahuntsic—Montréal-Nord : des techniciens en réadaptation physique, des techniciens en adaptation sociale, des infirmières auxiliaires qui vont venir supporter le travail de ces professionnels-là pour qu'ils fassent des tâches à valeur ajoutée et exclure les tâches à valeur non ajoutée. C'est ça un petit peu la trame de fond de l'optimisation.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme la députée de Groulx.

Mme Daneault : Oui. Je voulais juste rajouter que vous avez dit tout à l'heure que les physiothérapeutes, les ergothérapeutes sont des denrées rares. Alors, à juste titre, est-ce qu'on peut au moins leur faire pratiquer leur profession et optimiser le temps non pas à faire de la bureaucratie, de la paperasse, des appels à gauche et à droite, et plutôt de réorganiser... Quand on parle de réorganisation, je pense que, quand on a des chiffres de cette allure-là, c'est urgent de le faire, surtout quand on sait le nombre de patients qui sont sur les listes d'attente.

Le Président (M. Marcoux) : M. Gagnon, aviez-vous un mot à ajouter ou...

M. Gagnon (Sylvain) : En complément.

Le Président (M. Marcoux) : Brièvement.

M. Gagnon (Sylvain) : En ce qui concerne l'ergothérapie, là, c'est clair qu'il faut travailler dans le sens que vous dites, là, c'est nécessaire. Puis je vous dirais qu'il faut le réaffirmer à l'endroit notamment, là, des ordres professionnels, parce qu'on est dans une logique, puis c'est bien, c'est nécessaire, parce que les connaissances... on est en développement de connaissances, mais on est dans un temps où on a une hyperprofessionnalisation. Avant, là, pour faire un travail, un D.E.C., on était capable, ça prend un bac; on a un bac, ça prend une maîtrise; puis on a une maîtrise, ça prend un doctorat. Ça, il faut concilier ça avec la réponse aux besoins de la population, vous avez raison. On a des délais d'attente pour l'adaptation de domicile...

Le Président (M. Marcoux) : Alors, en terminant, s'il vous plaît, M. Gagnon.

• (16 h 20) •

M. Gagnon (Sylvain) : ... — en terminant — trois ans d'attente à domicile pour l'adaptation de domicile. Si on ne joue pas là-dessus, c'est clair qu'on n'arrivera pas à maintenir à domicile. Puis il faut travailler dans le sens que vous dites. Puis on a des projets pilotes en réorganisation du travail, au sens qu'on disait pour arriver là. Vous avez raison, ça doit être une préoccupation de tous les instants.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Maintenant, je me tourne... Oui, M. le député de...

Des voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Écoutez, moi... C'est à vous à décider ensemble.

Une voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : ...le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Chapadeau : Oui, O.K. Bien, bienvenue à l'Assemblée nationale, vous tous qui êtes ici. Moi, j'aimerais vous entendre sur le thème... sur l'évaluation des besoins. Au paragraphe, là, 22 du rapport du Vérificateur général, il dit : «Dans les CSSS vérifiés, les dossiers des personnes âgées qui reçoivent des services à domicile ne contiennent pas toujours une évaluation des besoins à jour. De plus, un plan d'intervention n'est pas systématiquement produit et, lorsqu'il l'est, n'est pas [...] actualisé.»

Donc, c'est fort préoccupant. Comment on peut donner les... répondre aux besoins si on n'évalue pas les besoins? Et quels sont les changements qui ont été apportés suite au rapport du Vérificateur général? J'aimerais vous entendre, M. le sous-ministre, mais aussi les gens qui sont sur le terrain, là, par rapport à cette question-là.

M. Gagnon (Sylvain) : Je vais tenter d'être très, très bref. Je me répète, on a effectivement, au cours de la dernière année, donc pas plus tard que l'été dernier, demandé à l'ensemble de notre réseau qu'on puisse accélérer, donc, la mise à jour de l'évaluation de nos clientèles qui sont inscrites à domicile. L'objectif, au 31 décembre : que 100 % des clientèles

soient évaluées ou réévaluées. Donc, des plans de... des évaluations qui sont mises à jour. Et ça, c'est nécessaire pour s'assurer justement qu'on offre le bon service à la bonne personne, parce qu'on sait que l'autonomie des personnes âgées peut varier dans le temps, de sorte qu'on a besoin de cette mise à jour là. J'arrêtera là. Je peux peut-être donner la parole aux collègues qui...

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, qui veut intervenir suite à l'invitation de M. le sous-ministre? Mme McCann.

Mme McCann (Danielle) : Bien, écoutez, certainement que c'est une obligation que nous avons, à ce moment-ci, comme le dit M. Gagnon, le sous-ministre associé. Dans la région de Montréal, notamment, tous les établissements vont devoir s'assurer que l'outil d'évaluation est complété, là, d'ici la fin de décembre 2013. Et on doit dire que c'est vraiment extrêmement aidant parce que, même si on a un cadre régional qui a été élaboré en 2008 pour évaluer les besoins auxquels font référence les établissements, les CSSS, il demeure que l'outil d'évaluation, là, de l'autonomie fonctionnelle, l'ISO-SMAF, va nous aider grandement pour vraiment harmoniser, établir les besoins des personnes, et, dans la même foulée, les plans d'intervention vont être suivis d'une façon très systématique. Alors, pour le réseau montréalais... pour le réseau en général, mais certainement pour le réseau montréalais, c'est une grande avancée pour vraiment voir aux besoins des personnes et calibrer les services. À Montréal, on doit vous dire aussi que, dans le contexte actuel, on va centrer l'offre de services sur les besoins des personnes âgées. Certainement, il y avait, dans le passé, par exemple, des plafonds, ça a été mentionné; il n'y en a plus. Et cet outil-là va nous permettre de bien évaluer les besoins des personnes. Alors, tous les CSSS doivent le faire pour décembre 2013.

M. Chapadeau : ...temps, M. le Président?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, monsieur...

M. Chapadeau : C'est parce que vous parlez un langage que je ne connais pas, là, puis on est ici pour essayer de vous comprendre. Vous me parlez de SMAF, ça veut dire quoi puis ça comprend quoi, ça, cette affaire-là?

Le Président (M. Marcoux) : Y a-tu quelqu'un qui veut répondre?

Des voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Juste le temps qu'on prépare... Vous comprenez ça, donc...

M. Gagnon (Sylvain) : On va vous expliquer ça. Il est important par ailleurs de rassurer la population. Ce n'est pas parce que les évaluations ne sont pas à jour... Elles ne peuvent pas être en temps réel à jour, les évaluations. Ça voudrait dire que, continuellement, on va vérifier la condition de l'utilisateur. Et puis là, nécessairement, l'objectif, c'est de donner des soins, de sorte que... Ce qui est important, c'est que les évaluations se fassent de façon périodique. Et, si on a une perte importante d'autonomie, là il faut réévaluer pour s'assurer que les services sont bien rendus.

Mais ce qui est important, l'évolution — puis, ça, les cliniciens qui sont au chevet le savent bien, là — l'évolution de la personne puis l'adaptation de ces services se fait notamment à travers les notes évolutives dans le dossier de la personne. Ce qui fait que, là, il faut rassurer la population, même si on n'a pas ça, ça ne veut pas dire qu'on n'a pas une bonne compréhension, au moment où le service se donne, des conditions cliniques de la personne.

L'outil, le SMAF, écoutez, je ne suis pas un spécialiste, là, de la question, je ne sais pas s'il y a des collègues, là, qui peuvent en parler, mais nécessairement... D'abord, on évalue, hein? Il y a l'outil d'évaluation multiclientèle qui, lui, permet de mesurer notamment l'état de santé de la personne, ses habitudes de vie, sa situation psychosociale et son environnement, ses conditions économiques, de sorte que c'est autour de cette évaluation-là qu'on est en mesure par la suite, avec l'outil d'évaluation, là, l'outil qu'on appelle, là, le SMAF, d'identifier le profil de la personne. Donc, on a globalement... je ne veux pas rentrer trop dans les détails, mais on l'a évaluée. Puis, une fois qu'on a évalué, bien, il faut traduire cette évaluation-là en besoins, et ce besoin-là se fait par le fameux SMAF, qui détermine des profils de besoins et auxquels profils on peut associer des services à rendre pour répondre au besoin de la personne. Vulgarisé rapidement, là, c'est un peu comme ça...

Le Président (M. Marcoux) : Mais peut-être que le député de Rouyn-Noranda comprend. Moi, je ne comprends pas tout à fait encore, là.

Des voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Mais le système de mesure, c'est un système qui fonctionne... informatique ou quoi? Non, c'est un...

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, c'est un outil...

Le Président (M. Marcoux) : Je ne veux pas empiéter, là, sur...

M. Gagnon (Sylvain) : O.K.

Le Président (M. Marcoux) : Je ne veux pas empiéter sur le temps du député de Rouyn-Noranda, là.

M. Gagnon (Sylvain) : C'est un questionnaire.

Le Président (M. Marcoux) : Ah! C'est un questionnaire. O.K.

M. Gagnon (Sylvain) : C'est un questionnaire, où il y a plusieurs questions, qui est standardisé scientifiquement, qui est éprouvé, là, et puis qui est également informatisé. Donc, quand on dit : On veut mettre à jour l'ensemble des profils, on a la solution informatique RSIPA, là, qui est le réseau de services intégrés, qui porte justement informatiquement le formulaire, donc l'OEMC, plus l'outil SMAF.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, M. le député.

M. Chapadeau : Bien là, et tous les CSSS, là, ont le même outil? Là, c'est uniforme partout au Québec? En Abitibi-Témiscamingue, là, je peux rassurer le monde, c'est toute la même affaire.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui. 101 établissements, dont dans nos 94 CSSS. Ça, c'est une force que le Québec a, donc, d'avoir un outil qui est standard, puis qui est commun, puis qui est le préalable — hein, là, il est implanté partout — qui est le préalable à s'assurer qu'on évalue de la même façon puis qu'on tend vers une réponse qui sera la même puis uniforme pour l'ensemble de la population, compte tenu de sa condition, indépendamment du lieu où elle réside au Québec.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député.

M. Chapadeau : Ça va pour moi.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. M. le député de Deux-Montagnes.

M. Goyer : Oui. Merci, M. le Président. Excusez mon retard, on parle de santé, mais je n'ai pas été capable de me diviser en deux, j'étais convoqué à une autre commission. Donc, excusez mon retard.

Mais, quand je suis rentré, je vous entendais, M. le sous-ministre, parler du financement historique. Vous avez fait de la musique dans mon oreille étant donné que vous avez mentionné qu'il fallait changer un peu la mentalité du financement historique, il fallait être conscient aussi de la mobilité de la... — j'allais dire «de la main-d'oeuvre» — la mobilité des personnes, des Québécois, des Québécoises, puis que c'était la couronne nord qui était... qui recevait un bassin... Je représente une partie de la couronne nord, ça fait que vous avez fait une belle musique dans mon esprit.

Sachant aussi l'orientation du gouvernement par rapport aux priorités des soins à domicile, je trouve ça superintéressant, l'exercice que l'on fait, qui est un constat de ce qui a été fait depuis un certain temps, mais d'il y a deux, trois ans. Ça fait que je pense que c'est un préalable de tous les travaux que vous allez être obligés de poursuivre en fonction de l'orientation du gouvernement.

Et c'est important aussi, le rapport du vérificateur. Vous savez, quand le vérificateur parle ou écrit, c'est très, très suivi. Et moi, j'ai besoin d'explications sur le paragraphe 55, dans le rapport, où on mentionne que, dans la région de Montréal, trois contrats totalisant 1,4 million ont été donnés à la même firme sans appel d'offres. Je ne veux pas être le gros méchant, mais je veux surtout qu'on l'explique publiquement, la situation, pour que cette tache-là dans le rapport du vérificateur soit expliquée. C'est ça, mon but, et non pas de vous... de condamner le geste, mais de le comprendre, là. Qu'est-ce qui s'est passé pour donner un contrat sans appel d'offres de 400 000 \$ à la même compagnie trois fois?

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Alors, j'imagine, Mme McCann, c'est vous qui répondez à cette question.
• (16 h 30) •

Mme McCann (Danielle) : Absolument, M. le Président. Alors, écoutez, il faut dire, là, que, depuis décembre 2012, la situation est celle-ci, là : il n'y a pas de contrat qui se donne sans appel d'offres, tel que requis par la Loi sur les contrats des organismes publics et ses règlements. D'ailleurs, on a organisé des formations au niveau des établissements, l'information a été donnée, la formation, qui a été organisée par le Conseil du trésor. Alors, ça, on peut vous assurer que, depuis décembre 2012, tous les contrats sont conformes dans le cadre du dossier dont on parle, et effectivement, donc, on a des modalités très claires au niveau des processus dans ce cadre-là.

Alors, je dois vous dire aussi qu'il y a plusieurs établissements qui ont fait appel à des firmes privées, et on a maintenant, à Montréal, vraiment un effort considérable en termes de transfert de connaissances. On a mis sur pied un comité de coordination de toutes les pratiques. En fait, on va transférer, on va échanger les connaissances sur les meilleures pratiques dans le sens de l'optimisation, parce qu'ont émergé, hein, de tous ces efforts des établissements, des pratiques extrêmement intéressantes, je vous dirais. Et notamment une d'entre elles, c'est tout ce qui touche le Lean Healthcare Six Sigma, où est-ce qu'on a vraiment un établissement qui a été porteur de cette approche. Mais aussi, dans les autres établissements, il y a eu vraiment des projets fort intéressants. Et on a aussi organisé... on commence à former des intervenants dans le réseau, on a investi, comme agence, 200 000 \$ pour former des intervenants dans cette approche. On parle de ceintures blanches, vertes et noires. C'est des intervenants qui peuvent amener des pratiques fortes intéressantes d'optimisation

dans les établissements. Alors, on est dans une ère, jusqu'en 2015, de support à l'optimisation puis du transfert de connaissances entre les établissements.

M. Goyer : ...juste une additionnelle là-dessus.

Le Président (M. Marcoux) : Oui.

M. Goyer : Je comprends votre propos. Je comprends que le tir est corrigé depuis décembre 2012, mais je voudrais que vous me justifiiez le pourquoi de cette situation-là. Est-ce que c'est la seule firme, sur l'île de Montréal ou dans la région de Montréal, qui avait cette expertise-là? Qu'est-ce qui fait qu'on s'est retrouvés dans cette situation-là, là? Parce que c'est quand même noté dans le rapport du vérificateur, puis c'est noté comme étant non conforme. On parle de 1,4 million donnés sans appel d'offres. Je voudrais vous entendre me dire le pourquoi, là, de l'expliquer. Je ne le condamne pas, mais je veux que vous me l'expliquiez. Ce qui se fait à partir de décembre 2012, je suis heureux de l'entendre, on va être tous au même diapason. Mais qu'est-ce qui s'est passé pour donner ça comme ça?

Mme McCann (Danielle) : Écoutez, il y avait... Il y a des établissements qui ont fait affaire avec cette firme-là en 2011, d'autres en 2012. Chaque établissement avait des situations particulières. Donc, je ne peux pas vous répondre pour l'ensemble des établissements parce que c'est vraiment la responsabilité de chacun de ces établissements-là.

Mais ce que je peux vous dire, c'est qu'encore une fois cet effort-là qu'ont fait les établissements avec différentes firmes aussi — il faut dire que ce n'était pas seulement une firme, mais il y a eu quelques firmes — a donné des résultats absolument importants et substantiels. On a augmenté, à Montréal, l'offre de services. On était à 51 000 usagers de services desservis par le maintien à domicile en 2011; on est à 54 000. On a vraiment augmenté de façon très substantielle.

Et donc il faut penser que les sommes, dont vous parlez, ont été réinvesties directement en services à la clientèle de façon récurrente. Et donc l'offre de services a augmenté, là. L'optimisation dont on parle, au-delà de 10 %. Nous, on va dépasser la cible qui a été donnée par le ministère. On a diminué nos listes d'attente. Il y a huit CSSS sur 12 qui n'ont plus d'attente, zéro attente en aide à domicile. Donc, c'est des... Et on a diminué de 80 % la liste d'attente en soins infirmiers, et donc il ne nous reste pratiquement plus personne sur la liste d'attente en soins infirmiers. Donc, sommes réinvesties pour les personnes qu'on dessert.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Donc, pour revenir maintenant, je me tourne du côté de l'opposition officielle. M. le député de Jean-Lesage.

M. Drolet : Merci beaucoup, M. le Président. Merci beaucoup au Vérificateur général et naturellement à tous les gens qui vous accompagnent, M. le sous-ministre.

Moi, j'ai comme première impression tout le temps... c'est drôle de mentionner ça comme cela, mais j'ai toujours l'impression que ça prend toujours un rapport du Vérificateur général pour être sensibilisés et pour être en mesure de voir des bonnes pratiques qui vont être installées ou qui vont se faire. On voit, dans le rapport du Vérificateur général, que, depuis 2007, en fait, les sommes investies aux services à domicile ont peu augmenté par rapport aux services d'hébergement. Puis on sait depuis plusieurs années qu'il faut faire un virage parce qu'on sait que la population est très vieillissante puis on sait bien les volontés des gens d'avoir un certain soutien à domicile.

Pourquoi avoir attendu... Je vais faire quand même quelques points, là, puis... Pourquoi avoir attendu si longtemps avant de vraiment prendre conscience de ça, surtout quand les gens, les intervenants sur le terrain qui auraient pu... Parce qu'on a, tantôt, parlé avec le Vérificateur général du repérage qui malheureusement a comme été un petit peu oublié dans tout cela. Pourtant, il y a des directeurs de résidence, des organismes communautaires, des pharmaciens... Vous avez parlé de popote volante, M. Gagnon, tantôt. Effectivement, pour en faire, je vois à quel point ces gens-là, les bénévoles, sont très, très, très importants pour vraiment, vraiment, vraiment satisfaire ces besoins de clientèles là.

Et puis, en plus, l'autre chose qu'il me déplaît toujours d'entendre quand vous venez ici, en groupe comme ça, c'est surtout tous les... Vous avez tous des bonnes pratiques, mais on dirait que ça semble être compliqué de les mettre en pratique de façon générale. Et ça, c'est agaçant un tout petit peu. On a vécu la même chose, l'autre jour, avec les TDAH... TED plutôt, et on a vu vraiment qu'il y avait des bonnes pratiques à des endroits pour éliminer l'attente parce qu'il y avait des façons de faire qui pouvaient être rencontrées en groupe et qui pouvaient être améliorées, et là... Ça fait que disons... Je pense que ma consœur, tantôt, a soulevé un problème de productivité par rapport aux interventions, et tout ça. J'aimerais quand même que vous me fassiez le tour de ça pour que vous puissiez me donner... Puis je ne sais pas qui peut tout répondre à cela, mais il me semble que quelque part...

Une voix : Chacun fait son petit bout.

Des voix : ...

M. Drolet : On va commencer par le point n° 1. Depuis...

M. Gagnon (Sylvain) : Oui. La qualité du Vérificateur général, c'est qu'il est toujours un pas en avant de nous autres, là, mais, globalement, les constats, je l'ai dit en introduction, les constats que le VG fait, ce sont des constats qu'on a faits. Parce qu'au moment de la vérification — elle s'est faite en automne 2012, la vérification — ça faisait déjà

deux ans qu'on était dans des efforts d'optimisation, puis on savait effectivement... Ça fait cinq ans qu'on alloue les argents en tenant compte de la richesse relative parce qu'il y a une disparité de financement qui fait que certains établissements, pour un même problème de santé à une clientèle, offrent plus de services parce qu'historiquement il est plus riche. Ça fait que, ces choses-là, on les savait. Ce que notre Vérificateur général a permis de faire, c'est de mesurer plus précisément l'état des lieux, la situation.

Sur la question, là, du rythme des dépenses dans le secteur, là, du soutien à domicile, c'est clair, là, si je prends — puis, objectivement, on peut déposer les tableaux, là — depuis 2007, là, c'est 143 millions qui ont été investis dans le soutien à domicile, c'est une augmentation de 32 % dans le soutien à domicile. Si je remonte, là, à 2002-2003, là, jusqu'en 2011-2012, là, on a doublé, c'est 105 % d'augmentation.

Quand je regarde, là, le financement... Parce que le financement qui était consenti historiquement en hébergement était très, très important. Ça fait que c'est clair, quand on regarde les volumes importants, quand on est dans les centaines de millions, là, c'est clair que ça donne l'impression que ça ne bouge pas beaucoup, mais je peux vous dire qu'en 2007-2008, hein, depuis ce temps... depuis 2007-2008 à 2011-2012, l'augmentation du financement dans le secteur de l'hébergement est à 11 %, comparativement au soutien à domicile, où on a augmenté de 33 %. Donc, le rythme est plus rapide, d'investissement à domicile, mais c'est clair que la tendance lourde, là, on le sait, c'est 17 %, 18 % de l'ensemble du financement pour des soins de longue durée à domicile puis 83 % en hébergement ou en milieu institutionnel. C'est ça notamment, avec l'assurance autonomie puis avec la préoccupation du ministre, qu'on veut donner l'impulsion pour justement investir davantage à domicile parce que c'est là que les gens veulent demeurer.

Je veux vous rassurer, là, puis nécessairement, quand on... — puis rassurer la population, là — quand on se prépare pour venir expliquer, comme gestionnaire, notre travail, là... Il faut qu'on se rassure sur le fait que nos établissements veulent... puis les cliniciens, ce qu'ils veulent, là, c'est que les personnes reçoivent les meilleurs services. Les tout près de 300 000 personnes qui travaillent dans le réseau de la santé, là, ils se lèvent le matin ou le soir, la nuit pour offrir des meilleurs services, puis c'est ça qu'on veut.

Sur le partage des pratiques, là, on a centralement des outils. On a des plateformes technologiques pour justement informer, les meilleurs coûts, il y a des rendez-vous qui se font, différents forums. On a des rencontres, au national, donc, régulièrement avec les P.D.G., avec les directeurs de l'organisation des services, avec les directeurs médicaux. Puis, en région, dans chacune des régions, sous l'égide des agences, les directeurs généraux se rencontrent régulièrement, les directeurs des services à domicile se rencontrent régulièrement pour partager, donc, les bons coups qu'il se fait. Puis globalement c'est comme ça que le travail... le réseau travaille, de sorte que, moi, je pense qu'il y a plusieurs initiatives.

Puis je vous dirais que, si on n'est pas arrivés à répondre à l'ensemble des besoins, il faut voir, là, le phénomène du vieillissement au Québec, c'est... On est la société qui vieillit le plus rapidement au monde après le Japon. Et la réalité de ça, là, c'est que la pression, elle s'exerce maintenant à tous les jours, ce qui fait qu'on a l'impression de ne jamais être capables de rattraper. C'est pour ça qu'on a besoin, là, de gérer au quotidien, faire de l'optimisation puis s'assurer... quand on injecte des nouveaux argents, hein, le 110 millions de cette année, bien, il faut s'assurer que les contribuables ont la bonne, la pleine mesure de ces investissements-là. Et c'est pour ça qu'il y a des efforts d'optimisation qui se font. Je ne sais pas s'il y a des informations complémentaires, les collègues ou...

• (16 h 40) •

Une voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Oui, allez, Mme Leduc.

Mme Leduc (Lucie) : Bien, d'une part, je voulais juste revenir sur la question des physiothérapeutes et ergothérapeutes. Ça ne va pas à l'encontre de... Mais il faut que vous sachiez que ce sont des professions en pénurie. Alors... (panne de son) ...femmes jeunes qui ont des enfants, alors, avec des congés de maternité... Gérer les congés de maternité, là, c'est vraiment... Alors, ça enlève... Ça ajoute au problème, jusqu'à un certain point, mais c'est une réalité avec laquelle on doit transiger.

Sur l'évaluation... Ça varie, hein, d'un endroit à l'autre. Mais nous, dans le fond, l'optimisation qu'on a faite, à travailler ensemble à l'intérieur de la région de Lanaudière, c'est que ça nous a permis d'avoir des pratiques semblables. On a un guichet unique d'accès par CSSS. Alors, ce n'est pas chacun des points de service qui traite les demandes à des fréquences variables. Alors, ça, c'est un élément important.

Deuxième élément. Donc, chaque client en soutien à domicile a une évaluation avant de recevoir des services, chez nous; c'est une réalité. Je ne vous dirai pas après... Vous allez me poser des questions tantôt sur les plans d'intervention, ça fait que je ne vous entendrai pas tout de suite. Mais l'évaluation est faite dans tous les cas.

Le repérage, c'est un problème, effectivement, qui est connu et adressé. Dans notre région puis dans plusieurs régions du Québec, on a un autre instrument qui s'appelle PRISMA-7. En fait, c'est sept questions qu'on pose à la personne quand elle est à l'urgence, par exemple, ou à l'hôpital pour voir effectivement si elle peut recevoir des services de soutien à domicile, c'est très simple. Nous, on veut l'élargir, pour que le repérage soit mieux fait, aux GMF et aux entreprises d'économie sociale qui offrent déjà des services. Parce que, dans certains cas, quelqu'un peut avoir de l'aide au ménage, par exemple, et ne pas être en demande de soutien à domicile. Mais les intervenants peuvent facilement voir évoluer ces personnes-là. Alors, là, il y a une espèce de prévention qui s'installe, puis on peut mieux repérer les personnes.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Mme McCann, vous voulez intervenir?

Mme McCann (Danielle) : Oui. Moi, j'aimerais aussi vous dire qu'il y a une intensification considérable, à Montréal, dans ce qu'on a fait et ce qu'on est en train de faire en soutien à domicile et toute la question qui nous occupe. Il

faut dire qu'à Montréal on a un contexte un peu particulier parce que nos hôpitaux et nos CSSS ne sont pas nécessairement intégrés. Quand on a un hôpital dans le CSSS, là, effectivement on travaille tous ensemble sous la même administration.

Alors, nous, on a vraiment un effort à faire pour que les hôpitaux, les intervenants dans les hôpitaux puis les intervenants en CSSS se parlent rapidement et travaillent ensemble. Et on parle de repérage : repérage à l'urgence, communication rapide avec le CSSS parce que le CSSS a une responsabilité de son citoyen, donc l'outil PRISMA-7, là, qui fait l'évaluation et communication puis l'intervenant du CSSS qui vient à l'hôpital accompagner la personne âgée pour vraiment faire en sorte que l'offre de services après l'hospitalisation soit la bonne en maintien à domicile, en ressources intermédiaires, ou dans des soins post-aigus, même en hébergement.

Alors, on est en train, à Montréal, d'intensifier vraiment le travail conjoint pour vraiment améliorer les services. Et on parle, entre autres, des personnes âgées qui sont en fin de soins actifs, là, sur les unités de soins. Et on demande aux gens de s'occuper vraiment le plus rapidement possible de ces personnes et de bien évaluer leurs besoins pour les ramener à domicile. Donc, ça, c'est un repérage important. Et il y a plusieurs CSSS, et on veut l'étendre à tous, qui font du repérage — Mme Boussion en parlait dans son allocution — dans les cliniques médicales, dans les cliniques de vaccination et des prélèvements, et ça, on va étendre ça à l'ensemble de la région de Montréal.

Le Président (M. Marcoux) : Est-ce que, si je comprends, vous êtes le seul à le faire à Ahuntsic—Montréal-Nord, actuellement?

Mme Boussion (Agnès) : Non, non, absolument pas. Sauf que, pour nous, Ahuntsic—Montréal-Nord, on a instauré un repérage et on a aussi instauré une liste d'attente préventive au niveau du repérage. Ce que ça veut dire concrètement, c'est que, par exemple, on fait un repérage au sein de nos cliniques de vaccination, parce que les personnes âgées évidemment fréquentent les cliniques de vaccination, on a là un bassin extrêmement intéressant. Donc, on fait un repérage à ce moment-là.

Si le repérage avec le PRISMA-7... Alors, le PRISMA-7, c'est de simples questions qui peuvent être autoadministrées ou par un professionnel auprès de la personne âgée. Donc, si cet outil-là s'avère positif, à ce moment-là, l'intervenant va référer la personne âgée à notre guichet d'accès directement. Dès ce moment-là, quelqu'un va entrer en contact avec cette personne et va demander si cette personne est intéressée, à ce moment-là, à avoir une évaluation. Et, là, l'OEMC est appliqué.

Si, suivant l'OEMC, on voit que la personne a, oui, une forme de perte d'autonomie, mais qui est encore en contrôle, qu'il y a des gens autour de cette personne-là qui sont capables de graviter, on met cette personne-là sur une liste préventive. C'est-à-dire que, deux fois par année, on va communiquer avec cette clientèle-là pour évaluer l'état de santé ou l'évolution de son état. Et, si, à ce moment-là, on se rend compte que son état s'est détérioré, là on va intervenir. Donc, pour nous, c'est intéressant parce qu'au-delà du repérage on ne laisse pas tomber le client, on intervient à trois niveaux du préventif.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci. Donc, est-ce que, Mme la députée de Groulx, vous voulez intervenir immédiatement ou réserver votre temps qu'il vous reste à plus tard?

Mme Daneault : C'est comme vous voulez.

Le Président (M. Marcoux) : C'est vous qui êtes maître...

Mme Daneault : Bon, bien, je peux en prendre un petit bout. J'aimerais revenir sur les contrats octroyés par la région de Montréal. Il y a, dans le rapport du vérificateur, quelque chose de plutôt... sur lequel il faut se questionner. Il y a des contrats qui ont été octroyés, pour les firmes privées, pour les aides d'analyse à la performance, qui ont varié entre 48 000 \$ et 500 000 \$. Alors, on s'entend que les outils de performance, que ça soit à Montréal, Laurentides-Lanaudière, ça reste le même outil de performance. Comment vous expliquez qu'à Montréal le même outil de performance ou le même contrat se situe à près de 500 000 \$ versus 48 000 \$ dans d'autres régions?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme McCann.

Mme McCann (Danielle) : Alors, je pense qu'il faut considérer que chaque contrat est différent. L'appel d'offres qui a été fait... et vraiment la responsabilité en est à l'établissement, et chaque appel d'offres peut avoir des spécificités différentes et des demandes différentes. Alors, l'offre de services d'une firme à une hauteur de 400 000 \$ probablement est différente de ce qu'une firme à 40 000 \$ va offrir, hein? C'est l'explication que je vous donnerais. Et effectivement chaque établissement a fait sa propre... son propre appel d'offres et a émis des spécificités dans son appel d'offres. Et effectivement l'offre de services de la firme qui coûte 400 000 \$ versus la firme qui coûte 40 000 \$ est probablement très différente en termes d'intensité de services qui est donnée.

Le Président (M. Marcoux) : Mme la députée.

Mme Daneault : Mais ce que je comprends, c'est que vous n'avez pas vérifié avec les CSSS qui ont eu des contrats à 48 000 \$ versus ceux de Montréal à 500 000 \$, voir quelle était la différence. Vous n'êtes pas allée jusque-là.

Mme McCann (Danielle) : Alors, moi, ce que je peux vous dire, c'est qu'à Montréal il y a eu des contrats qui ont coûté 40 000 \$ ou 50 000 \$, puis il y a eu des contrats à 400 000 \$ ou 500 000 \$, mais il y a tout eu un exercice d'évaluation, notamment avec une de ces firmes-là, de tous les contrats avec une firme particulière, qui a été fait par le ministère. On a eu un rapport là-dessus et on a mis en place les recommandations de ce rapport, qui étaient notamment d'informer le conseil d'administration de tous les contrats octroyés et aussi de se conformer complètement à la Loi sur les contrats d'organismes publics et ses règlements.

Le Président (M. Marcoux) : Oui?

• (16 h 50) •

Mme Daneault : Je veux juste rajouter... Parce que, bon, j'imagine qu'à 500 000 \$ versus 48 000 \$ il y a quelque chose de plus dans ces contrats-là, j'ose espérer. J'ose espérer que ça a été vérifié. Mais j'ose espérer aussi que, dans les contrats à 500 000 \$... est-ce qu'on s'est assurés qu'on avait un suivi pour savoir si, un, ce qu'on vous a suggéré... est-ce qu'il y a un suivi de performance par la suite? Parce que je peux peut-être vous recommander... certaines firmes fonctionnent à pourcentage. Ils vont vous dire, ils vont vous suggérer des outils, vous donner des outils, puis, ce qu'ils vous font récupérer, eux autres se paient un pourcentage. Et, ça, sincèrement, si j'ai quelque chose à vous suggérer dans l'appareil public, ça peut être drôlement plus efficace et drôlement plus bénéfique pour le public.

Mais j'imagine qu'à 500 000 \$, dans l'offre de services, on avait, à tout le moins, un suivi pour savoir combien on a réussi à économiser. Avant de dépenser 500 000 \$, moi, sincèrement, comme gestionnaire, je voudrais m'assurer qu'au bout de ça il y a un retour sur l'investissement au moins dans les années qui ont suivi. Est-ce que c'est un exercice que vous avez fait ou est-ce que c'est un exercice que vous allez faire?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme McCann et, peut-être après, M. Gagnon.

Mme McCann (Danielle) : Vous me permettez? Cette information, elle est connue pour les contrats à la hauteur dont vous parlez, c'est un investissement ponctuel, d'une fois, et le retour est au moins équivalent ou supérieur sur... pérenne, avec une pérennité. C'est-à-dire que, par exemple, vous avez investi 500 000 \$, vous allez avoir un retour d'au moins 500 000 \$ et peut-être plus, récurrent — alors, ça, c'est connu, c'est une information connue — qui est réinjecté...

Et, dernier point là-dessus, il y a un suivi qui est fait, et on sait que les établissements qui ont fait cette démarche utilisent par eux-mêmes les outils qui ont été développés dans d'autres secteurs, autres que le maintien à domicile, et font des avancées au niveau de l'optimisation des services. Alors ça, c'est connu et c'est suivi.

Mme Daneault : Est-ce qu'on peut avoir une copie des résultats et du suivi des firmes, de ce qu'ils ont fait?

Mme McCann (Danielle) : On pourrait certainement, M. le Président, vous fournir l'information.

Mme Daneault : Merci.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Gagnon, vous vouliez ajouter un mot?

M. Gagnon (Sylvain) : Peut-être en complément, là. Nécessairement... Deux petites choses par rapport à l'intervention, là. C'est clair que l'objectif — puis je pense que Mme McCann l'a abordé — l'objectif, au sortir de ce soutien-là par des firmes extérieures, c'est que l'expertise se développe au sein des établissements, ce qui a été le cas, pour justement qu'on puisse profiter justement, au sens où le Vérificateur général nous le disait, qu'on puisse profiter de ces efforts-là d'investissement.

Je peux vous dire, là, que, pour certains travaux d'optimisation, les suivis étaient très rigoureux, là, on accompagnait, là... on accompagnait les cliniciens dans l'offre de services sur les itinéraires sur... quand on a... Il a été beaucoup question de minutage, là, mais on s'assurait cliniquement, pour tel type d'intervention, qu'on puisse justement vérifier les temps d'intervention, de sorte qu'il y a eu des outils qui ont été développés pour, justement, bien supporter l'intervention clinique.

Je terminerais en disant qu'on a... Je vous le disais, d'entrée de jeu, là, on a atteint 80 % de la cible qu'on s'était fixée. La cible était de 10 %, de dégager une marge de manoeuvre, sur quatre ans, de 10 % sur l'ensemble du financement qui était déjà présent autour de 500 millions. Donc, je le disais d'entrée de jeu, là, c'est un effort d'optimisation de 50 millions sur quatre ans, à 80 %, bien, c'est 40 millions, là, donc on a dégagé net, ce qui fait ce que c'est clair que le retour sur l'investissement, dans ce secteur-là, est significatif puis qu'il est durable dans le temps, là, compte tenu des pratiques.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. Gagnon. M. le député de Deux-Montagnes.

M. Goyer : Oui, M. le Président. Je voudrais revenir sur le temps des professionnels dédiés aux soins à domicile, qui passent chez les citoyens et citoyennes. Bon. Physiothérapie, 2 h 12 min, 31 % de son temps à la personne pour être avec les clients qui sont les personnes âgées. Ça peut mal paraître, mais j'aimerais entendre peut-être une réponse d'explication parce que moi, j'ai sursauté quand j'ai vu ça. Je comprends que, si je regarde l'aide à domicile, 6 h 5 min, je comprends que la personne est vraiment... sur un horaire de huit heures, elle est vraiment au domicile des citoyens. Mais, physiothérapie, 2 h 12 min, 51 minutes de son temps par visite, ça veut dire qu'il fait deux visites par jour. Bon.

C'est un état de fait que le vérificateur nous donne. Moi, je trouve que ça nous fait mal paraître. Mais j'aimerais ça savoir si, au niveau de l'organisation du travail... Parce que j'ai compris, à la réponse de monsieur, que c'était une

question d'organisation de travail, de faire appel à des techniciens en physiothérapie... J'ai compris cette question-là. Mais, par rapport peut-être à l'Ontario — hein, des fois, on se compare puis on se console — est-ce qu'on peut comparer nos actions des soins à domicile avec les soins qu'on donne, les spécialistes qu'on offre à nos citoyens, citoyennes? Est-ce que... À part d'être plus vieux en moyenne, comme vous avez dit, M. le sous-ministre, à part le Japon, là... Mais l'Ontario, ils ont peut-être une jeunesse plus grande que nous. Mais, blague à part, est-ce que l'Ontario fait mieux? Est-ce qu'on peut se comparer? Est-ce qu'on peut dire que c'est vraiment un problème d'organisation du travail ou si c'est un problème par rapport aux professionnels concernés?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le sous-ministre ou...

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, il y a tous les collègues de l'Outaouais, là, mais...

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Goyer : Oui, ils sont proches. Ils sont proches. Oui, oui, oui, ils peuvent avoir des...

Le Président (M. Marcoux) : Mais, M. Beaudoin, vous avez la réponse?

M. Beaudoin (Denis) : Non. En fait, malheureusement, je n'ai pas les données de l'Ontario, mais l'organisation est passablement différente. On sait qu'entre autres la partie plus soutien à domicile, la partie plus services sociaux appartient aux municipalités, n'appartient pas au réseau de la santé comme tel. Alors, c'est décortiqué différemment. L'implication du privé est beaucoup plus grande que nous dans les activités de soutien à domicile. Alors, malheureusement, là, je n'ai pas d'information à vous donner.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : Peut-être une donnée plus générale, là. Quand on regarde, là, l'espérance de vie en bonne santé... Puis Statistique Canada nous révélait, au cours des derniers mois justement, selon le dernier recensement, là, le gain en espérance de vie. Puis, quand on regarde, là, la province de Québec, on est parmi les meilleures espérances de vie, donc, en regard des provinces, puis le Canada est un des pays qui se classe le mieux, ce qui fait que nécessairement c'est une donnée qui est générale, mais qui témoigne bien de la performance du système. Nécessairement, c'est plusieurs éléments qui concourent à une bonne espérance de vie, là : une bonne situation économique, un bon milieu sociosanitaire, mais un bon système de santé. Ça fait que, quand on regarde ces éléments-là... C'est difficile de comparer les systèmes, mais, quand je regarde la performance du Québec, notamment avec un indicateur comme celui-là, qui est assez robuste, ça témoigne bien de notre système de santé.

Par ailleurs, ce qui est clair, là, si on revient sur la situation du Québec, on voit qu'il y a des régions puis il y a des... certains établissements... Puis c'est ça, la richesse, là, d'une organisation de services puis de la décentralisation. On voit, par exemple, dans certaines régions, en Gaspésie, c'est vrai aussi au Saguenay—Lac-Saint-Jean, là, Lac-Saint-Jean-Est, il y a des expériences qui témoignent que, quand on investit massivement... Puis là c'est des réalités du Québec, là. La grande région de l'Estrie a massivement investi dans le soutien à domicile, a mis en place... Puis on parlait tantôt du réseau de services intégrés puis on voit qu'il y a une pression qui est beaucoup moins forte sur l'hébergement puis un niveau de satisfaction des services à domicile qui est plus grand, de sorte que je pense que nos meilleures comparaisons, c'est de dire : Où sont nos meilleures actions, donc, dans la province?

Puis, on va tenter, un peu comme le Vérificateur général nous le suggère, là... Quand on regarde les délais moyens, les interventions moyennes en regard de l'exercice que vous donnez, si on se donnait comme objectif, donc, une norme — puis, on va y réfléchir parce que la suggestion du vérificateur est très intéressante — si on se dit : Si l'ensemble des établissements du Québec, en termes de durée d'intervention ou de nombre d'interventions par type de services, se comparaient à la moyenne du Québec, tout de suite on aurait des gains de productivité importants, de sorte que je pense qu'on a des bonnes balises, on a des bonnes pratiques puis on a des bonnes expériences, au Québec, dans certains milieux, pour tirer profit de ça, pour justement poursuivre le travail qui doit être poursuivi.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député.

M. Goyer : Oui. Changement d'à-propos, c'est plus pour définir c'est quoi un domicile. Je me réfère toujours au rapport du vérificateur, chapitre 4, paragraphe 41. Il y a un beau tableau où il nous montre les trois agences ou les trois régions témoins de cet après-midi. Il y a une disparité très grande en ce qui concerne les services donnés à un foyer pour personnes âgées privé d'une région à une autre. Bon, moi, ça m'interpelle, parce que je me dis : Si je suis chanceux, je suis dans une région comme la Gatineau, l'Outaouais. Ça doit être le modèle ontarien qui vous a touché. Si je suis dans cette région-là, je suis chanceux d'être dans une résidence privée parce que j'ai un service deux fois la moyenne, alors que... je ne veux pas dire que c'est un défaut, là, mais que la région de Montréal est à cinq fois, donc six fois ce qui se passe à Gatineau.

Bref, c'est comment le ministère... Est-ce qu'on va trouver une norme qui va permettre de donner un service dans toutes les résidences privées d'un même ordre ou si ça s'explique, c'est normal d'avoir ces écarts-là? Parce que le vérificateur nous dit : Regardez, là, la moyenne, c'est 15, puis Gatineau, c'est 30, là il y a quelque chose qui se passe, là.

Est-ce que le ministère s'entend à dire : On va définir c'est quoi, un domicile, pour faire en sorte qu'on donne les services, les mêmes dans toutes les régions du Québec?

• (17 heures) •

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui. Effectivement, le domicile, là, sans trop catégoriser, bien il y a le domicile conventionnel puis il y a notamment le domicile... les habitations collectives, dont vous faites référence, là, les résidences privées.

La politique de 2003, donc, a donné des orientations sur le fait qu'on doit avoir une gratuité, puis une intervention qui est... à domicile, quel que soit le type de domicile. Ce qui est arrivé, probablement que... — puis ça, on en prend la responsabilité, là, j'en prends la responsabilité — on aurait dû davantage baliser, donc, ce qui doit être, là, la nature des services qui doivent être offerts. On a commencé à le faire puis, pour commencer à faire ça, on devait, dans un premier temps, mieux encadrer l'offre de services en résidence privée, ce qu'on a fait avec le projet de loi n° 16, avec le règlement qui est entré en vigueur, là, en début d'année, où on a précisé la nature des services, on a catégorisé nos résidences privées selon l'engagement que ces résidences prennent en regard des services à offrir, donc. Et puis ça, c'est un premier élément.

On a également... on s'est assurés... puis là on est à revoir notamment le bail pour qu'on précise bien ce qui est de l'ordre, là, des services de base, dans le bail, de même que les services à la carte, additionnels qu'on retrouve dans l'annexe du bail.

La préoccupation qu'on doit avoir, puis c'est probablement pour ça qu'il y a eu une modulation d'une région à l'autre... Ça, on va le clarifier notamment par la politique qu'on va revoir, dont je vous disais. Le préalable, il fallait qu'on clarifie l'organisation en résidence privée. Mais, suivant le fait que ça, c'est clair, qu'on a un bail avec des annexes au bail qui prévoient effectivement différents services à la carte, ce qui est prévu par ailleurs, c'est qu'il y ait une entente entre le CSSS et la résidence pour convenir du qui fait quoi.

Si la résidence s'est engagée à offrir un certain nombre de services, c'est très, très clair que le CSSS ne peut pas doubler les services. Donc, c'est ça, la préoccupation qu'on doit avoir, de sorte qu'avec l'idée du régime de soutien à l'autonomie, hein, avec la mise en place du Réseau de services intégrés, avec le gestionnaire de cas, très certainement qu'on va être en mesure, autour des leviers qu'on s'est donnés, là, autour de l'encadrement des résidences privées, on va être en mesure de bien coordonner l'organisation des services pour être certains qu'on ne paie pas deux fois pour le même service — ça, le contribuable, ça, doit en avoir pour son argent — mais qu'en même temps la personne reçoive ces services. Si ce n'est pas la résidence privée, pour tel type de service, compte tenu de l'engagement qu'elle a pris d'offrir tel type de service, mais, si la personne a besoin de d'autres services, bien il faudra s'assurer que ce soit un partenaire ou le CSSS. Et c'est là qu'on se dirige, notamment avec la clarification de la politique et du régime sur lequel on travaille.

Une voix : Bravo.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, une courte question?

M. Chapadeau : Une courte question, oui.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le député de Rouyn-Noranda—Témiscamingue.

M. Chapadeau : Moi, j'aimerais vous entendre par rapport aux recommandations du vérificateur, les paragraphes 79, 82, 84, 92, 96 et 97, puis je vais être...

Des voix : ...

Une voix : Je vous reviens, là.

M. Chapadeau : O.K. C'est...

Une voix : ...

M. Chapadeau : Bien, je vais juste vous résumer ça vite. En 2003 : orientations du ministère définies en 2003 mais partiellement mises en oeuvre; peu de suivi par le ministère de la mise en oeuvre des orientations; très peu de standards. Et là je vous ai tout nommé, puis vous l'avez lu, le rapport du Vérificateur général. Il y a des orientations qui ont été données en 2003. Ce que le Vérificateur général nous dit, c'est qu'il y a peu de standards, ça a été très peu suivi.

Tantôt, vous nous avez parlé de l'assurance autonomie, puis du virage nécessaire, et tout ça, puis je vous suis là-dessus, là, je n'ai de problème avec ça, mais quelle leçon qu'on peut tirer? Donnez-moi confiance, là, que, cette fois-là... Parce qu'en 2003 il y en a eu, des orientations qui ont été données aussi, puis elles n'ont pas été suivies. Dites-moi, là, aujourd'hui, là : Les choses ont changé, et là, cette fois-là, le virage... les orientations qui vont être données vont être suivies sur le terrain.

Alors, quelles sont les leçons qui sont tirées? Quels sont les mécanismes qui vont être mis en place pour vous assurer que les grandes orientations qui sont suivies sont... finalement ça atterrit à quelque part sur le terrain?

Le Président (M. Marcoux) : Alors, M. Gagnon...

M. Chapadeau : On est 10 ans plus tard, là.

Le Président (M. Marcoux) : ...deux minutes, puis nous pourrions y revenir.

M. Gagnon (Sylvain) : Je ne veux pas faire une profession de foi, là, mais, en fait, sur la base, là, d'un certain nombre de gestes qu'on a posés au cours des dernières années puis la perspective de travail qu'on a avec l'engagement d'une politique, de la mise en place du régime d'assurance autonomie, mais, au-delà de ça... au-delà de ça... Parce que ce qui est très important, là, c'est : Dans l'intervalle, est-ce que les choses se mettent en place, là? La vie continue, là.

En fait, des exemples précis. On a alloué notamment, là, en 2011-2012, 2012-2013, du financement pour tendre vers l'équité, hein? Le premier élément, je pense, que ce que le Vérificateur général nous dit, puis la Protectrice du citoyen nous disait la même chose. On a un certain nombre de standards parce qu'on est en mesure de dire qu'on n'a pas le même niveau de financement ou les personnes ne reçoivent pas la même hauteur de services. Ça fait qu'on a quand même quelques repères.

Le premier élément qu'on doit corriger là, c'est de s'assurer qu'il y a un financement qui est équitable pour qu'on réponde à peu près de la même façon aux besoins des personnes, quel que soit le lieu de résidence. Ça, on l'a fait, hein? La demande de mise à jour des profils qu'on a faite va nous permettre effectivement de mieux préciser les besoins puis nécessairement d'ajuster nos allocations de ressources en fonction de ça.

Un bon exemple, là, de la préoccupation de corriger l'équité : en 2011-2012, quand, là, il y a eu un financement qui a été accordé, 40 millions au niveau national, dans la région de Montréal il n'y a pas eu de financement. Donc, ça a été très difficile. Et c'est pour ça, d'ailleurs, qu'il y a eu des efforts d'optimisation importants qui ont été faits à Montréal, et les résultats sont au rendez-vous, mais ces décisions-là, qui étaient courageuses... C'étaient les premières décisions qu'on prenait, de dire : Certaines régions, malheureusement, n'auront pas d'argent parce que, quand on regarde le financement dont elles disposent, toutes proportions gardées, elles en ont un peu plus que des régions qui sont beaucoup plus pauvres. Ça fait qu'on a pris des décisions courageuses, ce qui fait qu'elles corrigent l'équité. Puis les régions comme Montréal ont fait des efforts importants. On sent que les gens travaillent pour, justement, améliorer l'offre de services.

Moi, je vous dirais, en terminant, quand je regarde aujourd'hui où on en est sur la question du soutien à domicile puis je regarde où le Québec était il y a 10 ans ou 15 ans, là, c'est des sauts quantiques qu'on a faits. On a travaillé de façon très, très importante. Est-ce que tout est réalisé? Non. Le vérificateur... c'est intéressant d'avoir des repères de temps à autre pour nous faire ces rappels-là. Mais c'est clair qu'on doit poursuivre. Mais j'aurais tendance à vous dire qu'on a plusieurs mécanismes qui nous permettent d'être optimistes par rapport à ce qu'on fait puis par rapport à l'avenir, compte tenu de la vision qu'on est en train de se donner pour les prochaines années.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci. Maintenant, je me tourne... Oui, Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.
• (17 h 10) •

Mme Weil : Alors, à mon tour d'accueillir, de saluer, de dire bienvenue au sous-ministre, le Vérificateur général, les représentants des agences de santé et de services sociaux et les CSSS. C'est intéressant pour moi. Je ne suis pas membre de la Commission sur la santé et les services sociaux, mais j'étais vraiment trempée là-dedans, il y a à peu près 15, 20 ans. Et je vais revenir sur certaines questions, parce que ça me permet, d'une part, de regarder l'évolution, mais en même temps me rendre compte qu'on parle beaucoup des mêmes choses. Mais il y a des améliorations continues, c'est évident.

Mais on faisait, à l'époque...c'était à l'époque du virage, à Montréal, le virage ambulatoire. Mais on avait constaté, donc, un sous-financement épouvantable en soins à domicile, à l'époque. À peu près en 1996, on parlait de ça et on se comparait à tous points de vue avec l'Ontario. Et c'était vraiment notre point de repère, Montréal et Toronto, par exemple, parce qu'on disait : C'est des villes comparables, au point de vue vieillissement plus ou moins aussi, pauvreté, richesse, etc., les écarts entre les riches et les pauvres, à peu près ça. On était évidemment surinvestis en lits de courte durée, etc.

Et là vous parlez du financement, qu'il y a un accroissement de 30 % en soins à domicile depuis les cinq dernières années. Et puis là, bon, c'est à peu près 17 % de toutes les dépenses en santé. Si vous regardez... Parce que j'imagine, je sais que... je ne sais pas, je serais intéressée à savoir si, à Montréal, on continue à regarder ces repères d'autres grandes villes, par exemple, au Canada. On se comparait même à Calgary à l'époque. Et je ne sais pas, je serais curieuse de savoir si ça fait toujours partie de vos façons de vous comparer, à soi-même dans le temps évidemment, mais aussi à d'autres juridictions qui sont plus ou moins comparables.

Je comprends que le système est différent. Je comprends qu'il y a recours à des agences privées. Mais, pour connaître l'objectif et savoir si on est sur la bonne voie, s'il y a un objectif, est-ce que... Parce que le vérificateur nous donne des comparaisons avec d'autres pays, le Danemark, et il y a aussi la France, les Pays-Bas. Et des fois on est dans 73 %, au Danemark; on a 43 % en France; Pays-Bas, 32 %. Ce serait intéressant de savoir : Est-ce que, l'Ontario, vous savez comment on se compare? Parce que, pour savoir quel serait l'objectif du ministère de la Santé et des Services sociaux, quel serait l'objectif optimal...

Je comprends que c'est un casse-tête, hein, le... Et d'ailleurs le rapport du vérificateur est très intéressant parce qu'on voit à quel point chaque élément du système de santé est crucial pour s'assurer... pour avoir un portrait général et connaître nos objectifs, juste au niveau du financement, parce qu'il y a des économies encore, évidemment, toujours à faire, point de vue efficience, organisation. On voit où il y a des trous. Et le vérificateur, son rapport, évidemment, c'est toujours intéressant parce qu'on voit encore les faiblesses, les failles, etc.

Mais, alors, la première question... J'ai quatre enjeux et certains, on revient, donc vous pouvez y aller très rapidement. Ce serait au ministère de la Santé : Quel serait pour vous actuellement un objectif? Évidemment, ensuite, j'aimerais revenir un peu... premièrement dire que je trouve l'expérience — je pense, c'est Montréal-Nord — sur le repérage... très intéressant, très intéressant. C'est vraiment intéressant pour nous d'entendre ça parce qu'on peut ensuite,

quand on revient dans nos propres comtés... Mais est-ce que vous partagez, par exemple, à Montréal, ces meilleures pratiques? Parce que c'est... Vous l'avez déjà inventé, hein, au lieu de réinventer la roue ailleurs. Bon, ça, c'est... Et on voit ça dans tout le système de santé, mais, en soins à domicile, ces expériences ici et là, partager ces meilleures pratiques, donc ça, ce serait quelque chose d'intéressant.

Les listes d'attente, j'aimerais qu'on revienne là-dessus. Je ne sais pas si on en a parlé, mais il y a des gens qui ne sont pas... ceux qui ne sont pas desservis, nous dit le Vérificateur général, ne sont pas sur la liste d'attente. Alors, comment avoir vraiment un bon portrait de quels sont vraiment les besoins? Et, si je comprends bien, le ministère de la Santé va revoir tout ça. Comment va-t-on avoir une meilleure idée des besoins, des vraies listes d'attente?

Le repérage. Évidemment, dans cette question-là, les groupes de médecins de famille, il y a toujours ce problème-là à Montréal, les groupes de médecins de famille. Et je serais curieuse de savoir si cette statistique qu'on avait à l'époque de... c'était une personne sur trois, des personnes âgées qui se retrouvaient à l'urgence qui n'avaient pas... ou deux sur trois qui n'avaient pas de médecin de famille. Qu'est-ce que c'est actuellement? Peut-être un peu partout, mais je sais que le problème était aigu à Montréal. Et d'ailleurs se mettre en réseau, c'est exactement... On était au tout début de cette discussion de se mettre en réseau. Et là il y a eu des progrès, mais, j'imagine, il reste encore beaucoup de choses à faire. Donc, ça... Pour l'instant, c'est ça. Il y a plusieurs éléments...

Le Président (M. Marcoux) : ...avec la première question.

Mme Weil : Parce que je savais qu'il ne restait pas beaucoup de temps, j'en ai profité. Alors, peut-être, l'objectif de financement : Comment vous faites pour déterminer qu'est-ce qui serait optimal? Sans parler de l'assurance autonomie pour l'instant, qui viendra peut-être un jour, mais actuellement comment faites-vous pour savoir quel est l'objectif qui répondrait aux besoins?

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, c'est une grande question. C'est...

Une voix : On a jusqu'à 6 heures.

M. Gagnon (Sylvain) : On a jusqu'à 6 heures.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Gagnon (Sylvain) : Si vous me donnez la permission, je peux prendre le trois quarts d'heure qu'il reste pour y répondre. Mais essentiellement, là, c'est clair qu'en travaillant ce qu'on fait actuellement, l'opération de mettre à jour l'ensemble des profils ISO-SMAF, là, de l'ensemble de nos évaluations de nos clientèles qui sont inscrites à domicile, ça va nous donner un outil solide pour qu'on voie exactement la nature, là, des besoins puis qu'on voie l'offre de services, là, qui est en lien avec la réponse à ces besoins-là.

Ce qui est clair, là, on regarde d'autres expériences dans d'autres pays, il y a des pays qui, quand on compare — puis, dans le livre blanc, on en parle — on est à 17 % ici, il y a des pays où c'est... le Danemark est à 73 %, de sorte que c'est clair qu'il faut inverser le rythme donc de financement. Les travaux sur les profils qu'on fait vont nous permettre probablement de, on l'espère, nous donner des repères pour dire : Quel objectif qu'on pourrait se donner?

Mais ce qui est clair, c'est que le financement — puis c'était une des questions qui étaient posées — le financement en regard, là, des investissements en CHSLD... On a un parc de lits, au Québec, d'à peu près une quarantaine de mille lits — c'est un peu plus que ça, là. Ce qu'il faut, c'est maintenir notre parc de lits de longue durée avec le financement qu'on dispose, puis le financement additionnel doit aller, donc, vers le maintien à domicile.

Quand on prend un autre repère, on le sait que, globalement, donc, la réponse aux besoins de nos aînés à domicile, compte tenu, hein, de leur contribution, hein, qu'ils doivent mettre quant à... en résidence privée et autres, on voit que la réponse aux besoins est autour d'à peu près 15 %. Il y a des établissements, encore une fois, qui... Puis, dans la Montérégie, il y a une étude qui avait été faite qui témoigne qu'il y a des établissements qui vont jusqu'à une réponse à 30 %. C'est ça qu'on doit travailler pour, justement, analyser les bonnes expériences québécoises en se comparant sur le plan national puis en regardant les taux de réponse pour lesquels nos établissements performant bien, puis c'est autour de ces repères-là qu'on pourrait se donner des standards.

Nécessairement, on a un cadre financier qui est précis, à l'intérieur duquel on doit travailler, puis c'est autour de ça. Donc, ce qui va être important, là, c'est que, pour les ressources... — puis c'est le geste qu'on a posé cette année — avec les ressources dont on dispose, bien on s'assure que le financement va là où nos écarts sont les plus bas actuellement, notamment en lien avec la richesse relative, là, par région administrative.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, M. le sous-ministre. Peut-être qu'on peut passer à la deuxième question, Mme la députée?

Mme Weil : ...les délais d'attente, les délais... les listes... Et est-ce que vous allez établir des standards d'accès, ou des critères de priorité pour avoir une meilleure vision des délais d'attente?

M. Gagnon (Sylvain) : Un, il faut travailler sur notre outil, le I-CLSC, notre système d'information, pour être sûrs... Parce que, le VG nous l'a dit, là, on ne capte pas la même information, puis il n'est pas certain, là, que nos délais veulent dire la même chose. Un, il faut travailler ça.

Deux, on l'a dit tantôt, là, dans la région de Montréal, il y a des établissements qui n'ont à peu près pas de liste d'attente, ce qui fait qu'on va aller voir, effectivement, quelles sont nos meilleures pratiques. Mais c'est clair qu'actuellement nos délais d'attente sont autour...

Mme Weil : Quand vous me dites ça, excusez-moi, qu'à Montréal il n'y a pas de listes d'attente...

Une voix : En aide à domicile.

Mme Weil : En aide à domicile.

M. Gagnon (Sylvain) : En aide à domicile, il y a certains établissements — on l'a vu tout à l'heure, on pourra y revenir — où il n'y a pratiquement pas d'attente.

Mme Weil : Qu'est-ce qui explique ça?

M. Gagnon (Sylvain) : Ce qui est clair, c'est que, bon an, mal an...

Mme Weil : Qu'est-ce qui explique ça?

Le Président (M. Marcoux) : Pardon? Mme la députée.

Mme Weil : Bien, j'essaie de savoir, est-ce que c'est parce qu'ils ne sont pas... des gens qui ne sont pas inscrits, ou...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, Mme McCann.

Mme McCann (Danielle) : ...M. le Président. Moi, je veux vous répondre là-dessus que c'est grâce aux efforts, là, d'optimisation dont on a parlé aujourd'hui. Mais j'aimerais, si vous le permettez, vous dire que... Et, Mme Weil, vous avez été... Mme Weil a été présidente du conseil d'administration de l'agence de Montréal. Alors, c'est clair que Montréal est dans une grande transformation. Montréal a un grand parc d'hébergement, et, comme le dit M. le sous-ministre associé, on veut conserver ce parc-là, mais on fait aussi... On a eu recours beaucoup, dans le passé, à l'hébergement, même en sus de ce parc, en achat de places, et on a diminué considérablement. Et donc, on intensifie de façon majeure le soutien à domicile à Montréal, et c'est ce qui explique la diminution.

Et, d'autant plus, je reviens aux RPA, aux ressources pour personnes autonomes, il est très important d'offrir — et on a du travail à faire à Montréal — des services de soutien à domicile au niveau des personnes qui habitent ces ressources comme leur domicile. On en a 250 à Montréal. 24 000 personnes habitent ces ressources versus 14 000 personnes en centres d'hébergement. On a beaucoup de personnes. Et c'est vraiment la direction qu'on prend, et c'est ce qui explique les résultats que nous avons. Donc, diminuer le recours à l'hébergement, intensifier le maintien à domicile.

Il demeure que, Montréal, 38 % des personnes sont isolées socialement, 38 % sont des communautés culturelles. Alors, il y a des spécificités à Montréal dont il faut tenir compte. Et on a été très heureux de recevoir du financement cette année, 2013-2014, pour soutenir nos efforts d'optimisation, et évidemment on espère en avoir dans les années futures, parce qu'on va continuer nos efforts, mais il faut également une injection budgétaire pour aider dans cette grande transformation.

Le Président (M. Marcoux) : Alors, merci, Mme McCann. Malheureusement, je pense que nous allons retenir les deux dernières questions, Mme la députée, pour un prochain tour. Vous pouvez les conserver. Et puis maintenant est-ce que c'est... M. le député et vice-président, le député de Sherbrooke.

M. Cardin : Je vais faire un petit bout, merci, à moins que je dise au sous-ministre de continuer la réponse.

Le Président (M. Marcoux) : Ah! C'est comme vous voulez, c'est votre choix.

• (17 h 20) •

M. Cardin : Non, Mais je voulais revenir... Effectivement, j'avais fait des petites recherches au niveau de PRISMA-7. Là, ce que je voudrais savoir... Parce que vous en avez tous un peu parlé, mais je voulais qu'on me confirme qu'effectivement, comme repérage, c'est l'outil que vous avez en main, et que vous privilégiez, et qui est appliqué, je crois, de plus en plus, là, je veux dire, sur une quantité de personnes quand même assez importante. Mais, si on se recule dans le temps, là, ça a commencé quand, ça? Parce que, quand le vérificateur dit que le repérage, il y avait une lacune à ce niveau-là... Je veux dire, c'est récent, l'utilisation de PRISMA-7?

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Mme Boussion.

Mme Boussion (Agnès) : En fait, je dirai que l'utilisation de... PRISMA-7 était davantage utilisée, dans le milieu hospitalier, à l'urgence. Dorénavant, on souhaite avoir un repérage systématique dans d'autres milieux. Parce que, quand

l'utilisateur arrive à l'urgence, il est déjà souvent trop tard. On ne veut pas, nous, que les usagers aient à rentrer par l'urgence, ce n'est pas la porte d'entrée. On veut justement les garder le plus longtemps possible à domicile. Donc, pour ça, il faut faire du repérage en amont de l'hôpital.

Pour nous, en amont de l'hôpital, ça veut dire, dans les résidences privées, quand on fait des vaccinations... Parce que c'est souvent de notre personnel qui faisons les vaccinations dans les résidences privées. Quand on fait des vaccinations dans les résidences privées, voilà là un milieu où on peut faire du repérage. Dans les GMF, on peut faire du repérage; dans nos cliniques de vaccination massive, on peut faire du repérage; dans nos centres de prélèvements du CSSS, qui ne sont pas l'urgence, on peut faire du repérage.

Donc, pour nous, PRISMA-7, on l'utilisait, oui, à l'urgence, on l'utilise encore aujourd'hui à l'urgence, mais ce n'est pas l'objectif pour nous. L'objectif, c'est vraiment de travailler en amont et de prévenir, justement, une détérioration de l'état de santé, pour que l'utilisateur, quand il arrive au sein du CSSS, n'arrive pas en crise, qu'on puisse le plus longtemps possible lui donner des services à domicile pour le garder à domicile parce que, dans les faits, c'est chez lui qu'il est le mieux.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député.

M. Cardin : Merci. Avez-vous des moyens de mesurer l'impact que ça a eu depuis que vous avez vous-même étendu, là, l'application de PRISMA-7, là, par rapport à seulement que l'utilisation au niveau de l'urgence?

Mme Boussion (Agnès) : Bien, en fait, on va pouvoir en mesurer l'impact comme on mesurait l'impact de différentes actions, après un certain temps. Donc, nous, le... Parce que — tantôt, quand j'ai expliqué — il y a du repérage qui est négatif et du repérage qui est positif. Donc, on va pouvoir mesurer l'impact au niveau du repérage qui est positif, mais pas obligatoirement au niveau du repérage qui est négatif. Donc, ça va prendre un certain temps avant d'avoir une mesure vraiment quantitative, mais c'est certain que ça va être mesuré.

Puis, pour certains, ça peut paraître, je dirai, risqué de faire trop... de faire du repérage, parce qu'on dit : Bon, bien, ça va augmenter vos listes d'attente. Non. En effet, ce que ça va faire, c'est qu'on va s'assurer que ces personnes-là n'arrivent pas en crise dans nos services. Alors, ce n'est pas... Mais, pour répondre à votre question, oui, ça va être mesuré, mais dans un second temps, parce qu'il faut voir l'impact.

M. Cardin : Parce qu'à un moment donné on sait le coût que ça représente quand ils s'en vont en CHSLD.

Mme Boussion (Agnès) : Oui.

M. Cardin : Ça, c'est évident que ce n'est même pas comparable. Donc, le fait de les identifier plus rapidement... Là où encore vous pouvez intervenir, c'est de différentes façons au niveau des services à domicile et des soins à domicile. Ça fait que, à ce moment-là, c'est sûr que ça représente... Mais là, vous me disiez que, oui, avec le temps, on va finir par faire des...

Mme Boussion (Agnès) : Mais pas «oui, avec le temps». En fait, je me suis mal exprimée. C'est certain que...

M. Cardin : Mais c'est parce que, dans...

Mme Boussion (Agnès) : Ça fait que c'est trop prématuré pour... Par exemple, dans nos GMF, dans nos cliniques de vaccination, ça fait un an que c'est instauré. Donc, on va pouvoir le faire, mais dans un second temps.

M. Cardin : O.K. Donc, c'est relativement récent, là...

Mme Boussion (Agnès) : Ce type de repérage là, oui, en effet.

M. Cardin : ...la façon de fonctionner, là, de façon quasi systématique. O.K. Parce que, là, c'est ça, je n'avais pas saisi tantôt, là, depuis quand. Parce que vous me parliez comme si ça faisait longtemps, donc j'avais présumé que vous aviez des moyens de mesurer...

Mme Boussion (Agnès) : Non. Le repérage en hôpital, ça fait un bon bout de temps, par exemple.

M. Gagnon (Sylvain) : Puis peut-être en complément d'information, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. Gagnon.

M. Gagnon (Sylvain) : C'est un outil qu'à chaque fois effectivement qu'on a l'opportunité, là, de faire le point avec nos établissements, on le rappelle. Puis un bon exemple, là : dans le règlement sur la certification des résidences privées, qui a été adopté au printemps dernier, en mars 2013, on a statué dans le règlement qu'il devait y avoir, pour l'évaluation, un seul outil qui est comparable à celui du réseau, qui est l'OEMC. De la même façon, l'outil de repérage, on en parle, là, ce qu'on dit, c'est : Ce n'est pas une obligation, mais, si vous faites du repérage en résidence privée, c'est avec l'outil, là, PRISMA-7., de sorte que nécessairement, depuis quelques années déjà, là, c'est une consigne qui est donnée au réseau pour qu'on puisse travailler avec cet outil-là pour avoir un meilleur repérage.

M. Cardin : Parce qu'aussi je lisais à certains endroits que c'est relativement simple — j'ai des questions aussi — c'est plutôt simple, hein? Et puis même qu'il y aurait apparemment des popotes roulantes à des endroits qui, lorsqu'ils vont visiter des personnes et donnent leur repas, le font aussi.

Mme Boussion (Agnès) : C'est extrêmement simple comme outil. C'est peu de questions, ça peut s'auto-administrer ou être administré par un professionnel. Donc, oui, c'est que c'est très simple. L'important, c'est qu'il y ait un suivi qui soit fait suivant la complétion, quand même, de cet outil-là, parce qu'il y a une seconde évaluation qui est plus pointue à ce moment-là.

Le Président (M. Marcoux) : M. Beaudoin, vous vouliez ajouter un mot?

M. Beaudoin (Denis) : Oui, très brièvement. Le défi, c'est que nos partenaires l'utilisent et nous réfèrent les gens. Alors, même au niveau des GMF, bien que ce sont des partenaires très proches, ils ne l'utilisent pas tous. L'office municipal d'habitation, où on retrouve ce genre de clientèle qui doit également l'utiliser... Alors, c'est dans ce sens-là. Évidemment, c'est dans notre mission d'animer le réseau local de services, alors c'est comme ça qu'on travaille avec nos partenaires, à intégrer dans leur pratique cet outil et à nous référer les personnes.

Le Président (M. Marcoux) : M. le député.

M. Cardin : Oui, M. le Président. Tantôt mon collègue et quasi-ami, le député d'Orford...

M. Reid : La seule chose qui nous sépare, c'est le parti politique.

M. Cardin : Il disait que...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, vos territoires sont contigus.

M. Cardin : Il disait qu'il ne fallait pas faire de partisanerie politique, mais là, M. le Président, ce n'est pas de la partisanerie. Parce que j'étais aussi très impressionné de voir que le questionnaire PRISMA-7 a été développé par un dénommé — je ne sais pas si c'est son homonyme — Réjean Hébert, entre autres personnes, donc...

Le Président (M. Marcoux) : Qui était doyen de la Faculté de médecine.

M. Reid : Avec des subventions de l'Université de Sherbrooke.

Des voix : Ha, ha, ha!

Le Président (M. Marcoux) : Comment? Bien, M. Reid était recteur là.

M. Cardin : Bien, je suis de Sherbrooke aussi. Il n'y avait pas de conflit d'intérêts. Non, mais c'est pour vous dire quand même qu'effectivement c'était un bon questionnaire, et fait en collaboration avec Michel Raïche et Marie-France Dubois. Donc, c'était ma petite...

Le Président (M. Marcoux) : C'est un bon système.

M. Cardin : Oui, c'est un... J'ai été quand même très, très agréablement surpris.

M. Gagnon (Sylvain) : Je viens de remplir le questionnaire. Je peux vous garantir que ça fonctionne, là, pour vrai.

Des voix : Ha, ha, ha!

M. Cardin : Donc, vous restez avec nous, vous n'êtes pas...

Le Président (M. Marcoux) : Vous n'êtes pas encore repéré, vous, là?

M. Gagnon (Sylvain) : Non, c'est correct.

Le Président (M. Marcoux) : On veut vous garder, quand même. Oui, M. le député...

M. Cardin : O.K. Là, j'étais rendu où, là? Excusez. C'est parce qu'ils m'ont donné 20 items, puis je n'ai pas même pas eu le... Mais, c'est ça. Là, on part de ça, O.K., PRISMA-7. Et puis, à mesure que le temps passe, bien, oui, on a les moments où on doit héberger, on a les moments où les gens peuvent vivre encore à domicile, en résidence ou en famille d'accueil, mais en recevant des services. Mais, à un moment donné, il y a aussi l'évaluation qui se fait de façon plus précise et quasi obligatoirement, là, à certaines fréquences, donc, et pour le suivi et pour l'évaluation des services.

Je sais qu'à travers toutes les questions qui ont été posées, évidemment vous y avez touché, mais j'aimerais ça encore voir la fluidité qui traverse le PRISMA-7, l'évaluation des personnes, l'évaluation des services qui sont rattachés dans le temps, là, ce que vous faites pour améliorer tous ces éléments-là en même temps, ceux qui ont été aussi discutés par le Vérificateur général.

Le Président (M. Marcoux) : Oui. Qui veut répondre à cette question? M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, peut-être juste ouvrir, puis mes collègues pourront enchaîner. Mais effectivement le PRISMA-7 est très important parce que c'est un outil de repérage. Si la personne, là, effectivement, identifie des besoins, donc, là, à partir d'un score précis, là c'est la démarche d'évaluation qui va s'enclencher. C'est très important de faire le repérage parce que plus on intervient précocement pour supporter l'autonomie de la personne, bien, plus on prolonge la période, justement, d'autonomie puis de capacité de la personne, de sorte que, quand on dit, là : Il faut faire de la prévention puis il faut faire du dépistage précoce, là, c'est... D'abord, c'est important pour la personne, parce que plus on la soutient rapidement, plus les interventions demeurent légères puis on maintient la condition de la personne, ses capacités fonctionnelles, donc, de façon significative. Et ça, c'est très important pour la personne et aussi nécessairement pour la demande de services, de sorte que, pour la suite des choses, peut-être que les collègues de...

• (17 h 30) •

Le Président (M. Marcoux) : M. Beaudoin.

M. Beaudoin (Denis) : Si vous permettez. Un collègue avait bien expliqué tout à l'heure l'utilisation des outils. Je pense que le défi, c'est justement ce que M. le sous-ministre indiquait tout à l'heure... M. Gagnon indiquait, c'est les gestionnaires de cas, la responsabilisation de nos professionnels à assurer un bon suivi de chacun de nos clients.

Nous, on a fait le choix de travailler en équipe interdisciplinaire, mais il y a toujours un gestionnaire de cas qui a le profil, qui a la compétence associée aux pertes d'autonomie de l'individu. Alors, ça peut être une infirmière, ça peut être un travailleur social, ça peut être un ergothérapeute, en fonction de l'individu. Et, en travaillant en interdisciplinarité, il s'assure également que les évaluations sont refaites.

Ça demande de la rigueur dans une organisation puis ça demande un certain contrôle de la part de la direction pour s'assurer que ces suivis-là sont faits. Les outils existent, les outils sont performants, ils ont été documentés. Maintenant, on est dans le travail de rigueur pour assurer le continuum des services.

Nous, le continuum, on l'a vraiment fait par interdisciplinarité. Alors, maintenant, à titre d'exemple, auparavant, on avait 18 listes d'attente parce que l'infirmière voyait quelqu'un, il fallait que je le réfère à l'ergothérapeute puis là il tombait sur une autre liste d'attente. Maintenant, je ne le réfère plus à un ergo, je le réfère à Pierre, à Jean, qui est l'ergothérapeute de l'équipe, et je lui parle. Donc, on a simplifié, justement, la continuité des services en mettant un nouveau mode de fonctionnement.

Le Président (M. Marcoux) : Brièvement, Mme Boussion.

Mme Boussion (Agnès) : En fait, très rapidement. Nous, on a aussi, au niveau des plans d'intervention, maintenant, une date d'anniversaire, c'est-à-dire qu'on a fait la révision des plans d'intervention. Pour tout nouvel usager, il va avoir son plan d'intervention et son OEMC, évidemment. Et donc, quand le superviseur clinique travaille avec son intervenant, il peut suivre les plans d'intervention qui sont à réviser par l'intervenant, par le gestionnaire. Donc, à ce moment-là, on est capables de voir : Oh, il y a un retard, est-ce que tu as révisé ton plan d'intervention? Il faut que tu... Et c'est suivi de façon très régulière. Donc, c'est minimalement une fois par année, la révision du plan d'intervention, mais le superviseur clinique est capable de soutenir son intervenant pour s'assurer que ce soit fait. La rigueur dont on parle, elle passe par là, elle passe par un suivi continu. Et chacun des intervenants chez nous est rencontré au moins une fois par mois, et ça fait vraiment partie de la rencontre clinique qu'il va avoir avec son superviseur, la révision des plans d'intervention.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Alors, on va...

Des voix : ...

Le Président (M. Marcoux) : Donc, est-ce que... Oui, Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce, vous aviez deux dernières questions ou...

Mme Weil : Non, ça va, on a pas mal couvert, là.

Le Président (M. Marcoux) : Oui? Alors, M. le député d'Orford.

Mme Weil : Le député d'Orford a une question.

M. Reid : Merci, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : Je vous laisse décider entre vous.

M. Reid : Merci, M. le Président. Évidemment, quand on est député, on a des préoccupations envers beaucoup de monde. Évidemment, aujourd'hui, on parle des préoccupations qu'on a envers les personnes âgées qui ont des besoins. Mais, par exemple, dans mon cas, dans le comté d'Orford, qui est centré sur Magog, on a eu 5 000 pertes d'emploi d'usine à des gens qui n'avaient souvent pas un secondaire V. Donc, il y a beaucoup de préoccupations aussi liées à des emplois pour des gens qui ne sont pas encore rendus à l'époque où ils vont être pris en charge, etc.

Et j'ai, moi, à quelques reprises, depuis un an ou deux, mentionné publiquement dans mon comté qu'il était intéressant peut-être de développer des entreprises qui étaient liées à un phénomène qui, pour nous, est très accentué, c'est-à-dire l'augmentation du nombre de personnes qui viennent prendre leur retraite chez nous, avec des bonnes rentes souvent, mais qui, n'empêche, augmentent le nombre de personnes effectivement qui vont avoir de plus en plus des besoins, et ça va aller grandissant étant donné que ces personnes-là, enfin, disons, vieillissent au fur et à mesure des années.

Il y a deux types d'entreprises, finalement, qui se sont présentées, là, à moi pour demander des conseils, savoir où on s'en allait. Je n'étais pas toujours en mesure de les aider. Il y en a un, c'est ceux qui voudraient offrir des domiciles adaptés à des gens qui sont vieillissants. Et ça veut dire éventuellement toute la question... Dans le montage financier, quand ils regardent qu'est-ce que ça fait intervenir, ça fait intervenir un élément dont le vérificateur a parlé, c'est les services qui sont rendus en résidence et qui sont rendus gratuitement versus ceux qui sont payés. Et la chose, comme le vérificateur la présentait, n'est pas très claire. Et ça explique pourquoi, moi, j'ai eu des gens qui sont venus, qui étaient en train de faire un montage financier puis qui se demandaient : Est-ce qu'on peut établir une entente, quelque chose qui va faire qu'on va avoir une assurance que c'est le même traitement qu'ailleurs, et, sachant qu'est-ce qui va arriver, on va pouvoir faire une offre intéressante, soit de prix, soit de loyer, soit de services? Et donc ils se demandaient : Est-ce qu'on peut établir des ententes ou des... Est-ce qu'on peut être un partenaire aussi? Les partenaires du ministère, ou des agences, ou des centres, c'est uniquement des partenaires non privés, autrement dit. Est-ce que, comme privés qui veulent démarrer une entreprise, qui veulent faire vivre du monde dans leur région, dans leur ville, est-ce qu'on peut avoir une possibilité d'avoir des ententes?

Et ce que vous nous dites, M. le sous-ministre, tantôt, entre autres c'est qu'on parle d'engagement à la résidence, parce que, bien sûr, avec les fonds publics, on ne veut pas payer deux fois le même service, c'est bien évident. Mais, s'il y a des gens qui aimeraient pouvoir offrir ces services-là en même temps, qu'offre la résidence, à condition évidemment qu'il y ait une entente de partenariat avec l'agence ou avec le CSSS... Et est-ce que, ce que vous nous dites là, ça va exclure ou ça va inclure? J'avais l'impression que ça pourrait inclure une clarté dorénavant dans les relations entre le CSSS responsable des services et une résidence qui voudrait effectivement offrir ce genre de services là et, par exemple, avoir, en résidence, quand c'est assez gros, avoir du personnel qui est infirmier, du personnel même de certains services qu'on peut rendre et donc d'avoir une entente pour que, financièrement, tout le monde est gagnant, personne n'est perdant puis on ne paie rien en double, là. Et les gens sont intéressés à ça, mais c'est un des obstacles d'incertitude, dans ces projets-là, que moi, j'ai vu, de personnes qui considéreraient faire ce genre de projet là.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : Bien, essentiellement, premier élément, là, c'est clair que, pour parvenir à répondre aux besoins de notre population, avec ce qu'on connaît, là, on va devoir avoir une multitude de partenaires, pas... Il ne faut pas compliquer l'intervention, là, de sorte qu'on aurait trop d'intervenants puis trop de roulement, là, auprès des personnes, parce que ce que les personnes ont besoin, c'est d'avoir des figures qui sont stables et qui sont continues dans le temps. Mais c'est important que... Je ne crois pas, personnellement, qu'on puisse répondre à... puis relever ce défi-là si on ne le travaille pas avec différents partenaires, de sorte que c'est très, très important qu'on maintienne une gestion publique, un financement puis une gestion publics, mais on doit travailler effectivement avec différents partenaires.

Puis je le dis souvent, là, certains pensent, là, qu'à travailler avec les résidences privées ou à travailler avec les entreprises d'économie sociale, l'État se désengage. Pour moi, là, je veux le dire clairement auprès des parlementaires puis de la population, là, quand on regarde aujourd'hui, en 2013, 50 % du budget du Québec est consacré à la santé j'ai toujours dit que l'analyse était un peu courte pour ceux qui pensent que l'État se désengage. L'État est pleinement engagé dans le domaine de la santé. Et, pour relever le défi, on aura besoin des résidences privées, des entreprises d'économie sociale. Puis il faut s'assurer de la qualité des services. C'est pour ça, d'ailleurs, qu'on a adopté une loi qui vient encadrer le travail en résidence privée.

Puis là, revenons sur nos résidences privées. Ce sont des partenaires puis, à partir du moment — puis je viens à votre question — où un promoteur serait intéressé à développer des services, ce qui est prévu maintenant dans la loi, c'est qu'il doit se présenter à l'agence pour déposer un dossier, ce qu'on appelle une attestation temporaire, donc l'idée étant, là, qu'avant que les investissements par le promoteur se fassent on puisse s'assurer justement qu'il y a un besoin, qu'il répond à différentes exigences, là, et que cette attestation temporaire là conduit à la fameuse entente CSSS avec la résidence privée pour justement définir quels seront les liens de collaboration et qui fera quoi.

Et nécessairement si on revient maintenant, de sorte qu'on a des éléments structurels pour organiser ça puis si on le prend sur le plan clinique maintenant, donc le promoteur, il a de la place, il s'installe, là, le travail qu'on veut faire, c'est évaluer nos personnes qui reçoivent des services puis, autour, justement, du Réseau intégré de services, du gestionnaire de cas, qu'on soit en mesure de dire : La résidence offre tel type de service soutien-assistance... Puis ça, c'est clair, dans le plan de services, que la personne va le recevoir de la résidence. Elle pourrait le recevoir également en partie d'une entreprise d'économie sociale. La partie des services professionnels sera assurée par l'établissement. Donc, le plan de services, qui est l'opération clinique au quotidien, va venir s'assurer que les services se donnent, mais ça va se faire à l'intérieur d'une entente-cadre que le CSSS va prendre avec sa résidence, dans le cas qui nous intéresse.

• (17 h 40) •

M. Reid : Ces ententes-là, en fait, ce que vous disiez tantôt, qui se préparent ou qui se développent, c'est un élément qui est associé à une ouverture, jusqu'à un certain point, à ce type d'entrepreneuriat. Les Québécois sont très entrepreneurs, ils peuvent très bien entreprendre les éléments... des entreprises de ce type de services.

Et maintenant j'ai une question qui s'applique à la fois à des décisions au niveau des résidences et aux achats de services, si on peut dire. C'est ce que le vérificateur appelle l'achat de services. Je ne sais pas, parce que dans le domaine de la santé il y a toujours un vocabulaire un petit peu spécial et un peu différent que vous comprenez tous très bien, mais, au fond, on a un petit peu de difficultés. Mais enfin, l'achat de services, je pense que tout le monde comprend ce que ça veut dire, là. Donc, une entreprise privée, ça peut être aussi une entreprise, disons, d'économie sociale ou coopérative, etc., mais une entreprise a des services à offrir. Et là on voit une grande diversité, disparité, entre les cas qui ont été étudiés. J'imagine que, si on prend le Québec au complet, ça doit être encore, disons, plus différent. On parle de 15 % environ d'achats de services pour l'ensemble du Québec, je pense, d'après ce qu'on a vu ce matin. Et donc ça veut dire que les décisions se prennent, à toutes fins pratiques, au niveau des CSSS ou peut-être au niveau des agences. Ou est-ce que le ministère a des éléments facilitants ou pas, ou est-ce qu'on sait pourquoi il y en a qui en font plus, d'autres en font moins? Est-ce que c'est la disponibilité d'entreprises de qualité qui offrent des services effectivement de qualité, ou la non-disponibilité qui fait... ou si c'est une philosophie?

Parce que ça existe, les philosophies. À Magog, par exemple, ça fait déjà au moins sept, huit ans, je pense, si ce n'est pas plus, qu'on est très orientés dans le maintien à domicile. Et donc ça existe peut-être... Il y a peut-être des philosophies concernant : Oui ou non on pense que c'est bon ou pas bon — c'est des conseils d'administration — d'aller vers du privé. Est-ce que vous pouvez m'éclairer un petit peu sur ça, et dans une perspective d'avenir, où, s'il y a des gens qui veulent partir des entreprises d'économie sociale — parce qu'il y en a aussi — ou privées pour répondre à des besoins? Dans mon contexte à moi, à Magog, le privé, c'est aussi des gens qui vont chercher de l'argent dans les poches de privés, pas uniquement dans les poches de ceux qui sont hospitalisés ou qui ont des besoins et qui sont pris en charge par l'État, et... Oui?

Le Président (M. Marcoux) : Là-dessus, justement, parce que le vérificateur dit dans ses notes, là : «...ni ces établissements ni les agences vérifiées n'ont effectué d'analyse afin de savoir si [l'achat de services] est à privilégier.» Certains centres de santé achètent peu de services des partenaires externes comme... alors que d'autres le font beaucoup. Pour l'aide à domicile, le taux varie de 9 % à 72 %.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, je vais...

Le Président (M. Marcoux) : Je voulais simplement...

M. Reid : Oui. Moi, c'est terminé. Essentiellement, je voudrais que vous preniez la perspective — n'oubliez pas — la perspective d'un député qui, dans son comté où il y a beaucoup de monde qui ont des problèmes de trouver des bons emplois, qui sont encore en âge de faire du travail pendant 10, 20 ans et qu'il y a des gens qui sont intéressés à développer des entreprises, qui voient qu'il y a une opportunité, en quelque sorte, est-ce qu'il y a une ouverture?

Le Président (M. Marcoux) : M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : En fait — nécessairement, c'est le gestionnaire qui va parler, là — plus on sera clairs sur nos intentions à venir... Donc là, il y a des travaux importants qu'on fait sur le régime de soutien à l'autonomie. Plus on sera clairs sur nos intentions et plus on sera précis sur l'offre de services publics, donc plus on sera clairs, plus on sera précis, bien ça va permettre effectivement de préciser les règles du jeu puis la part que nos partenaires pourront occuper dans la réponse aux besoins des aînés, de sorte que les résidences privées au Québec, de mémoire, là, c'est 123 000 unités de logement dans 2 500 résidences qui sont certifiées. C'est clair que c'est un partenaire majeur, et on ne pourrait pas répondre à l'ensemble des besoins si ce partenaire-là n'était pas présent.

Les entreprises d'économie sociale, on a 103 entreprises d'économie sociale au Québec, 6 000 emplois, donc c'est très, très clair qu'ils ont une place. Et c'est pour ça notamment, dans la réflexion qu'on fait, c'est pour ça qu'il y a une consultation. Puis au plus fort le consensus sera autour de ces orientations-là, bien, plus précis on pourra l'être. Mais c'est clair que tout le volet des soutien et assistance, là, donc avec une bonne formation, avec un bon suivi en termes de qualité, nos entreprises d'économie sociale, qui, pour... Il y a 58 % des entreprises qui sont déjà dans ce qu'on appelle les activités de la vie quotidienne, donc soutien et assistance, c'est clair qu'ils peuvent... ils sont appelés à jouer un rôle très, très important. Je le dis, là, la réponse aux différents besoins va procéder de la capacité de travailler avec différents partenaires.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, M. le sous-ministre. Maintenant, je me tourne vers le...

M. Cardin : Une dernière chose, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : M. le vice-président.

M. Cardin : ...pour finir, là. Je n'irai pas dans les grandes théories futuristes, mais je vais y aller simplement.

Le Président (M. Marcoux) : Ça pourrait être intéressant.

M. Cardin : Mais, vous savez, je vous endors à chaque fois.

Une voix : Il va nous parler de l'eau, là, M. le Président. Ça s'en vient, là.

M. Cardin : Non. C'est sûr qu'il y a eu une politique. Il y a 10 ans, en 2003, le vérificateur a fait son analyse et il a pointé, évidemment, des lacunes, des lacunes qu'il semblerait, selon... je vous crois, je vais enlever mon «semblerait» — des lacunes que vous avez prises, là, à bras-le-corps, là, puis que vous avez dit : On va régler le problème. Mais il n'en demeure pas moins que, depuis cette politique-là jusqu'à aujourd'hui, il y a eu des choses qui ont cloché. Donc, je voulais savoir qu'est-ce que vous prévoyez... Je veux dire, on ne peut pas fonctionner de vérification en vérification pour voir s'il y a des choses qui clochent à l'intérieur de certaines pratiques. Et je me demande même comment ça qu'on ne l'a pas su — bien, là, dans ce cas-ci, je n'étais pas là — mais pourquoi l'appareil gouvernemental et/ou les autres personnes proches n'ont pas vu venir tout ça puis qu'il a fallu attendre le Vérificateur général. Donc, j'imagine qu'il ne faut pas attendre à chaque fois le Vérificateur général.

Donc, à l'intérieur de votre fonctionnement, est-ce que vous avez mis des petites sonnettes, des petits points, là, qui peuvent vous aviser dans l'évaluation de comment va se dérouler la suite des choses? Parce qu'il me semble que, là, vous êtes décidés à... On a parlé de rigueur. Ça fait que cette rigueur-là, j'imagine qu'elle va demeurer, elle va être installée, puis il va toujours y avoir à quelque part un petit système d'alarme qui va vous prévenir s'il y a des choses qui... Allez-vous avoir les outils pour prévenir ce qui s'est passé, là, dans les dernières années?

M. Gagnon (Sylvain) : En fait...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : ...je veux être clair. Puis, au risque de me répéter, là, ce que le Vérificateur général nous dit, c'est quelque chose, là, qu'on avait déjà observé. Donc, nécessairement, ce que le VG nous dit, ça vient confirmer un certain nombre d'éléments. Puis le plus bel exemple de ça, c'est que, très concrètement, avant même que le rapport d'examen, le travail d'examen se fasse, on était déjà dans un exercice majeur d'optimisation au Québec. Parce qu'effectivement, là, c'est important qu'on puisse faire davantage avec les ressources puis mieux avec les ressources dont on disposait, ce qui fait que, ça, je veux être clair, là, on avait déjà un certain nombre, là, d'éléments de préoccupation. Ça, c'est vrai pour nos efforts d'optimisation puis dans le travail, effectivement, là, d'allocation des ressources, cette préoccupation-là d'une meilleure équité, elle était déjà présente depuis quelques années.

On travaille sur plusieurs éléments aujourd'hui, donc. Et puis là il faut voir dans le temps. On s'est donné une première génération de système d'information, avec le I-CLSC, qui est un système d'information qui permet d'avoir un certain nombre de données pour l'ensemble des clientèles qui sont desservies dans nos CLSC, donc la composante CLSC dans nos installations. On a implanté un système au cours des années, qui est le RSIPA, le volet informatique, là, de notre système d'information, pour avoir justement une intervention qui est intégrée. Aujourd'hui, nécessairement — vous savez comment les technologies avancent, là — on doit intégrer ces systèmes-là pour avoir effectivement davantage de performance, être en mesure de mieux suivre, effectivement, nos clientèles. On a vu que, sur nos listes d'attente, là, il faut refaire un tour de roue additionnel pour s'assurer que les cliniciens, les intervenants, le personnel administratif font les bonnes codifications pour être certains qu'une donnée sur une attente, là, qu'elle soit à Montréal ou qu'elle soit en Gaspésie, sera la même, de sorte qu'on a plusieurs travaux en ce sens-là qui ont cours.

Et très certainement, puis là je me répète, mais l'intervention du Vérificateur général est très intéressante parce qu'il nous donne des pistes, des repères. Ça donne... ça confirme la pertinence du travail qui est en place puis qui se fait de façon continue depuis plusieurs années mais qui doit effectivement... Le rappel également, c'est de se dire : On n'est pas arrivés à terme, il faut remettre le collier, poursuivre, parce que les besoins sont là. Puis il reste des gains d'amélioration puis de performance à faire. Peut-être, les collègues, s'ils ont d'autres...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, est-ce que... Mme Leduc, est-ce que vous voulez intervenir?

Mme Leduc (Lucie) : Vraiment, je trouve que ce que Sylvain vient de faire, c'est parfait. Mais je pense qu'il y a un élément peut-être qu'il ne faut pas oublier, c'est que tout ce qui est en dessous, là, la philosophie, l'intention en dessous du soutien à domicile, c'est de permettre aux gens de vivre dans leur domicile quelle que soit la formule qu'ils choisissent, que ce soit en résidence privée, à domicile, vraiment, dans leur maison ou ailleurs, et c'est là-dessus que les efforts doivent être mis pour leur permettre de vivre le plus longtemps possible puis, dans le fond, y décéder. C'est notre souhait à tous, je pense. Non pas de décéder, mais de...

M. Cardin : Merci, M. le sous-ministre, je m'attendais à avoir cette réponse-là. Je la souhaitais.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Oui, M. le député d'Orford, il reste quelques minutes.

• (17 h 50) •

M. Reid : Oui. Écoutez, on a eu une longue commission spéciale mourir dans la dignité dans laquelle on a parlé de... — j'en fais partie, de la commission — on a parlé de soins palliatifs et on a beaucoup insisté, pour les mêmes raisons, sur les soins palliatifs à domicile parce que les gens veulent mourir chez eux. Souvent ils sont là, puis, dans les trois derniers jours avant leur mort, même, des fois, dans les quelques heures, on les transfère à l'hôpital juste avant de mourir, ils sont complètement désaxés, ils sont complètement perdus, et ce n'est pas une belle mort, là, tu sais... enfin, ce qu'on a entendu. Puis je pense que les gens des hôpitaux le savent, que ce n'est pas l'idéal non plus.

Comment est-ce qu'on envisage, là, si... Comment est-ce qu'on regarde, disons, ce qui se fait déjà, mais qu'on regarde dans l'avenir des soins palliatifs à domicile et comment est-ce que ça s'intègre avec l'effort dont on parle aujourd'hui, de soins à domicile, plus largement? Autrement dit, on parle d'en arriver au moment où les besoins sont beaucoup plus intenses, parce qu'on parle de soins palliatifs. Comment est-ce qu'on envisage ça? Parce que je n'ai pas eu l'occasion d'en savoir plus. On a fait la recommandation mais...

M. Gagnon (Sylvain) : En fait, c'est...

Le Président (M. Marcoux) : Brièvement, M. le sous-ministre.

M. Gagnon (Sylvain) : Très brièvement, là. C'est l'idée d'un continuum, nécessairement. Quand on prend en charge la personne, là, pour des soins de longue durée, nécessairement avec une autonomie qui est décroissante, bien, on arrive à la fin de vie, puis nécessairement l'étape des soins palliatifs, là, peut être présente, de sorte que c'est important de situer le geste à domicile dans un continuum, mais, en matière de soins palliatifs, il est également important dans chacune des régions — et c'est ce qui se fait actuellement, là — de s'assurer qu'on a une offre de services qui est diversifiée en matière de soins palliatifs. Donc, il faut s'assurer qu'à domicile on doit en faire plus qu'on en fait actuellement, donc prolonger effectivement l'accompagnement à domicile, mais on a besoin également de soins palliatifs en centre hospitalier, dans nos centres d'hébergement, et surtout, je vous dirais, là, avec du personnel qui est bien formé pour accompagner, et ça, c'est une des priorités pour le ministère, c'est de bien former le personnel soignant, le personnel qui accompagne la personne dans les étapes.

M. Reid : À tous les niveaux. C'est ce qu'on avait trouvé, c'est que c'était un élément... Bien, c'est une de nos recommandations, mais c'est un élément majeur parce que c'est à tous les niveaux, c'est autant les médecins, les infirmières, à tous les niveaux.

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait, tout à fait. Vous avez tout à fait raison.

M. Reid : Merci, c'est très intéressant.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Oui, Mme la députée de Notre-Dame-de-Grâce.

Mme Weil : Juste une question parce que j'entends des chiffres différents. Actuellement, j'ai rencontré une infirmière tout récemment qui m'a dit que c'est à peu près à 30 % qu'on répond aux besoins de soins palliatifs. Est-ce que vous êtes capables de confirmer ce chiffre-là? Elle est vraiment... elle travaille au Royal Vic dans ça depuis longtemps. Mais il y a différents chiffres qui sont mis de l'avant. Pour répondre aux besoins en soins palliatifs.

Le Président (M. Marcoux) : Oui, brièvement, parce que ça fait moins partie du...

Mme Weil : Oui, on va dans un autre sujet, mais puisque ça a été ouvert...

Le Président (M. Marcoux) : Ça ne fait pas partie du mandat de la commission, là.

Mme Weil : Non, c'est ça.

Le Président (M. Marcoux) : Vous avez certainement une courte réponse.

Mme McCann (Danielle) : M. le Président, donc très brièvement. D'ailleurs, dans l'effort qu'on fait en soutien à domicile, on a eu de l'ajout de ressources en soins palliatifs, on était très heureux de ça aussi. Et il y a un effort qui va se faire, notamment au niveau du taux. On a un établissement à Montréal, un CSSS, où est-ce qu'on a un taux de 55 % de morts à domicile et effectivement on veut aller dans ce sens-là. Et, quand on parlait de partage de meilleures pratiques, on enclenche des travaux là-dessus, à Montréal, et on vise plus élevé. On vise d'atteindre même le taux de l'Angleterre, là, qui est quand même beaucoup plus élevé. Ah, je pense qu'il dépasse le 60 %, 70 %, c'est très, très élevé.

Le Président (M. Marcoux) : Merci.

M. Reid : Je comprends, M. le Président, que l'intégration est déjà même en train de se travailler, là. On est en train... On est là-dedans déjà, là.

Mme McCann (Danielle) : Oui.

M. Reid : O.K., c'est intéressant.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. S'il n'y a pas d'autre question, je voudrais peut-être, si vous me permettez, il reste une couple de minutes...

Une voix : Vous avez tous les droits, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : ...M. le vice-président, poser quelques questions. On a parlé, là, du mécanisme de repérage. Dans le plan d'action du ministère, on parle du déploiement pour l'été 2014. Est-ce que... J'avais cru comprendre tout à l'heure que ça serait déployé un peu plus tôt que ça ou c'est vraiment, là... Vous dites : Ça va être déployé dans toute la province à l'été 2014. C'est ce que...

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, tout à fait. Dans le plan d'action, là, il faut faire le rappel sur la question de l'outil de repérage...

Le Président (M. Marcoux) : Oui, oui, c'est ça.

M. Gagnon (Sylvain) : ...effectivement, pour qu'on ait une information puis qu'on ait une ligne directrice pour s'assurer qu'on a un effet, effectivement, là, dans l'ensemble du territoire pour l'été 2014, d'autant que les outils sont présents. Donc, ce n'est pas quelque chose de...

Le Président (M. Marcoux) : Non, non. C'est déjà... il y a un bon outil, donc c'est en... Bon.

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait.

Le Président (M. Marcoux) : Deuxièmement, pour ce qui est des délais d'attente, est-ce que... qu'est-ce qui serait mis en place, là, pour avoir une certaine standardisation ou codage, dont vous avez parlé, d'ailleurs, pour les délais d'attente? Parce que, là, ça varie selon les régions parce qu'on n'a pas nécessairement le même type, là, de normes ou de codage.

M. Gagnon (Sylvain) : Oui, tout à fait. En fait, on fait des travaux sur le système d'information actuellement, donc l'outil. Là, il faut travailler avec les experts pour être certains... les experts qui sont dans nos établissements, pour s'assurer, là, qu'on identifie bien les repères en ce qui concerne l'attente. Une fois que, ça, ça va être fait, on doit ajuster les systèmes d'information, ce qu'on appelle le cadre normatif, les données, pour être certains, quand on va saisir l'information, qu'on aura le système d'information pour supporter ça. Il doit y avoir, là... Nécessairement, une fois que les systèmes sont modifiés, là, il faut — ce qu'on appelle — déployer ces systèmes-là à l'intérieur du réseau, former l'ensemble des intervenants. L'objectif, c'est qu'au printemps 2015, donc autour de 2015, on puisse effectivement avoir complété l'opération. Donc, 2015 n'est pas un objectif à atteindre, là, c'est... Si on peut le faire plus tôt, tant mieux, mais c'est...

Le Président (M. Marcoux) : C'est la date ultime, printemps 2015?

M. Gagnon (Sylvain) : Printemps 2015, tout à fait, tout à fait.

Le Président (M. Marcoux) : On a parlé, puis des gens ont abordé la question du temps consacré, là, par les professionnels, par jour. Donc, ça touche l'organisation du travail, effectivement. Dans votre plan d'action, au paragraphe 10, quand vous parlez d'accroître les heures de services à domicile — je pense que c'est ça qui était l'objectif — pour les personnes, vous dites : L'échéance est en continu. Est-ce qu'il y a peut-être certaines dates de cran d'arrêt avant «en continu»? Je comprends que c'est en continu, là. Parce que vous avez parlé, tout à l'heure — je ne sais pas si c'est pour ça — de projets pilotes de réorganisation du travail. Je ne sais pas si c'était en lien avec ça ou non, là. Alors... Parce qu'«en continu», moi, ça m'interpelle toujours un peu, je veux dire, oui...

M. Gagnon (Sylvain) : Peut-être qu'on devrait avoir la sagesse pour se donner des repères dans le temps, donc pour être certains, là, que... Au-delà du fait que c'est un travail qui est continu, parce que le développement des connaissances et autres... mais la sagesse indique qu'il faut peut-être rappeler des repères dans le temps. Puis le meilleur repère, c'est la planification stratégique. 2015. L'objectif d'amélioration de la productivité était de 10 %. Je vous l'ai dit, on a 80 %, là, du chemin qui est fait, il nous reste encore du travail à faire, puis très certainement que ce 20 % là doit se faire, là, d'ici 2015. Mais effectivement vous avez raison, là, peut-être qu'il sera sage, avec nos travaux sur la politique, là, qu'on puisse s'assurer de repères, mais très certainement dans le temps... Puis c'est accompagné de plusieurs projets d'organisation, de démarches cliniques, de révision, là, de nos outils, qui vont faire en sorte qu'on va poursuivre l'amélioration en continu.

Le Président (M. Marcoux) : Et, M. le sous-ministre, quand vous parliez de projets pilotes, il me semble que j'ai pris une petite note en disant... Vous avez parlé de projets pilotes de réorganisation du travail. Est-ce que vous pourriez nous indiquer un petit peu de quoi il s'agit, là, ou...

M. Gagnon (Sylvain) : Avec la direction générale, là, de la main-d'oeuvre au ministère, dans le cadre des ententes, du renouvellement des conventions collectives, il y a eu un partenariat très, très intéressant, là, avec les centrales syndicales pour qu'une partie du financement qui est consacré généralement, là, aux masses salariales... qu'on puisse effectivement se garder une partie de ces argents-là pour expérimenter, revoir l'organisation du travail. Ça fait qu'à l'intérieur de nos établissements ça se fait de façon paritaire. Il y a probablement des exemples qui pourraient être donnés, où, là, on va travailler sur des objets très, très précis, donc c'est pour ça qu'on vous parle de projets pilotes, améliorer l'accessibilité

des services en ergothérapie — j'en ai quelques-uns sous les yeux — l'organisation du... revoir — puis ça, ce secteur-là est plus névralgique, là — l'intervention psychosociale, là. Nécessairement, on ne la mesure pas toujours de façon précise, là, mais, avec, justement, les travailleurs sociaux, les intervenants, on arrive effectivement, pour les trajectoires de services précises, à définir, donc, ce que pourraient être des temps d'intervention, ce qui fait qu'il y a plusieurs projets pilotes, donc, avec nos établissements, avec nos partenaires syndicaux, qui permettent effectivement d'agir sur une amélioration de la performance. Puis il faut s'assurer... c'est ça aussi, puis c'est pour ça qu'on les finance, on les supporte centralement, il y a l'obligation, par ailleurs, qu'on puisse, une fois qu'on a développé des nouvelles pratiques, des nouvelles connaissances, on puisse les faire connaître puis justement disséminer l'information auprès des différents collègues, des différents établissements, là, de la région et de la province.

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Dernière question. Vous avez parlé de la loi n° 16, la question des résidences privées, l'encadrement de l'offre de services, justement — je pense que c'est intéressant, il y a des questions des collègues qui ont été posées à cet égard-là — de revoir le bail, services de base. Est-ce que vous avez une date cible à cet égard-là aussi?
• (18 heures) •

M. Gagnon (Sylvain) : On a plusieurs échéanciers en ce qui concerne, là, la mise en vigueur du règlement d'application, là, beaucoup d'éléments sur notamment toute la question de la vérification des antécédents judiciaires — donc, ça, on a des délais précis — tout le volet de la formation des préposés en résidence privée, donc des grands repères. Mais ce que je peux vous confirmer, c'est un effort très, très important d'ici 2015, donc, pour être en mesure, là, d'avoir mis en place l'ensemble des exigences en matière de formation, antécédents judiciaires, toute la question de s'assurer que les installations sont conformes en termes de sécurité incendie, présence du personnel 24 heures par jour, et autres, de sorte qu'il y a plusieurs mesures qui vont nous permettre effectivement d'améliorer l'organisation des services en RPA.

Le Président (M. Marcoux) : Et donc d'en arriver aussi à des meilleurs partenariats éventuellement.

M. Gagnon (Sylvain) : Tout à fait. Oui.

Le Président (M. Marcoux) : À cet égard-là, est-ce qu'il serait possible pour vous, là — parce que je comprends que vous avez déjà un plan — peut-être de transmettre les grandes lignes aux membres de la commission pour dire : Voici, là, je pense que ça s'inscrit vraiment dans une démarche d'optimisation des ressources pour les services, là, qui sont offerts aux personnes âgées?

M. Gagnon (Sylvain) : Oui. On pourra déposer effectivement, là, à la commission, là, le plan de travail en ce qui concerne tout le volet de l'encadrement des résidences privées. Tout à fait.

Remarques finales

Le Président (M. Marcoux) : Bien, merci beaucoup. Je n'ai pas d'autre question. M. le vérificateur, est-ce que vous avez des commentaires?

M. Michel Samson, Vérificateur général par intérim

M. Samson (Michel) : Merci, M. le Président. Peut-être deux commentaires pour terminer. Écoutez, j'ai bien entendu tous les échanges qui ont eu lieu cet après-midi, et c'est certain que je profite de l'occasion pour inviter tous les représentants du ministère, des agences et des CSSS à poursuivre leurs efforts pour assurer aux personnes âgées des services équitables, que ce soit en termes d'accès aux services ou au niveau de l'offre de services, et ce, peu importe l'endroit où ces gens-là demeurent au Québec.

Mon deuxième point, M. le Président, je veux reprendre publiquement un petit peu les propos que je vous ai tenus ce matin à l'effet qu'il s'agissait aujourd'hui de la 12e audition de la Commission de l'administration publique, depuis janvier 2013, sur un rapport du Vérificateur général. Alors, j'en profite pour remercier tous les membres de la commission ainsi que vous, M. le Président et les vice-présidents, de l'intérêt que vous portez à nos rapports.

Je pense que la tenue d'une audition, d'une audition publique comme aujourd'hui est un très bel exemple de l'exercice du contrôle parlementaire qui est peut-être moins visible, mais qui n'en demeure pas moins très important puis qui contribue, c'est certain, à améliorer la gestion des fonds publics. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Marcoux) : Merci, monsieur. M. le sous-ministre, vous... je vous fais l'invitation ainsi qu'aux autres personnes. Vous avez un dernier commentaire à faire?

M. Sylvain Gagnon, sous-ministre adjoint à la Direction générale des services sociaux du ministère de la Santé et des Services sociaux

M. Gagnon (Sylvain) : Très brièvement, si ce n'est que de réaffirmer tout l'engagement qu'on aura, là, à l'actualisation des recommandations du rapport du Vérificateur général. Je le dis d'entrée de jeu, là, c'est un très bon rapport, donc, et on va s'assurer, là, d'y travailler...

Des voix : ...

M. Samson (Michel) : C'est toujours plaisant à entendre.

M. Gagnon (Sylvain) : Et très certainement que... Puis c'est important parce qu'à notre niveau puis pour avoir échangé avec les collègues les rapports du Vérificateur général, puis particulièrement celui-là, sont vus comme une opportunité d'amélioration de nos services. Ils ne sont pas vus comme un contrôle qui est harassant, là. C'est perçu et vu comme des éléments d'amélioration, de sorte qu'avez l'assurance qu'on va travailler avec toute l'énergie qui est la nôtre, à notre niveau, au niveau des agences et des établissements, et surtout, là, en lien avec l'ensemble du travail que nos intervenants font quotidiennement pour soutenir nos personnes qui sont dans le besoin. Ça, je veux les remercier puis remercier, donc, les membres de la commission pour le travail, effectivement, puis les questions très pertinentes que vous nous adressez. Puis c'est notre obligation de rendre compte de notre gestion, et ça, c'est toujours agréable de le faire en toute transparence.

Le Président, M. Yvon Marcoux

Le Président (M. Marcoux) : Merci. Pas d'autres commentaires? Bien, merci beaucoup. Je voudrais remercier évidemment le Vérificateur général et son équipe, remercier également vous, M. le sous-ministre, les membres de votre équipe, Mme McCann, Mme Boussion, Mme Leduc, M. Beaudoin ainsi que les membres de vos équipes respectives.

Vous savez, et le Vérificateur général le mentionnait, vous savez, l'objectif des parlementaires, c'est que nous puissions collectivement... — parce que je pense que nous sommes membres évidemment de toute l'équipe, là, sur le plan gouvernemental — qu'on puisse répondre aux services et aux besoins des personnes qui sont vulnérables dans notre société, je pense que nous le reconnaissons tous, parfois qui ne sont pas capables de faire valoir leur point de vue ou qui ont de la difficulté, justement, à exprimer leurs besoins. Et c'est de notre devoir, je pense, sur le plan des services publics, d'être capables d'aller les chercher, et de donner des services, et de le faire d'une façon qui est optimale sur le plan de l'utilisation des fonds publics. Vous le mentionniez vous même, il y a déjà 50 % du budget de la province, là, qui est consacré à santé et services sociaux. Ce n'est pas infini. Et donc il est essentiel — je pense que c'est le point de vue des parlementaires — que ces argents-là puissent être utilisés de la façon la plus optimale possible et puis de rendre, donc, les meilleurs services possible. Et, à cet égard-là, je voudrais vous remercier pour votre engagement.

Ce que nous notons aussi, et ce n'est pas la première fois, je crois, c'est qu'il y a des expériences fort intéressantes qui se font, comme je disais, sur le terrain, on l'a vu cet après-midi, avec le Centre de santé Ahuntsic—Montréal-Nord et le Centre de santé Gatineau, au niveau des agences, sur le plan régional. Et parfois nous avons l'impression, peut-être à tort, que ces bonnes pratiques, là, restent un peu locales ou régionales, et il nous semble que, même si ça ne peut pas s'adapter parfois intégralement, mais que ça peut servir ailleurs. Et ça, nous avons parfois l'impression — c'est vrai dans le domaine de la santé, c'est parfois vrai dans le domaine de l'éducation, notamment dans les réseaux — qu'il semble difficile de partager ou de rendre accessibles ces expériences, là, qui semblent fort intéressantes.

Alors, on vous fait le message. Mais en tout cas, c'est la perception que nous avons assez souvent, je pense, puis, à mon avis, les autres membres de la commission partagent également ces commentaires-là. Alors, on vous fait le message. Je pense que, comme on dit... ne pas réinventer la roue quand c'est possible. C'est sans doute votre préoccupation, mais on dirait que ça se perd un petit peu dans la nuit des temps. Alors, nous voulons vous faire le message, parce que je pense que c'est important.

Alors, merci beaucoup, merci aux membres, merci parce qu'on sait que ça prend beaucoup de préparation, ça mobilise beaucoup de temps.

Une voix : Ça mobilise aussi beaucoup de personnes.

Le Président (M. Marcoux) : Beaucoup de personnes. Alors, nous vous remercions et nous reconnaissons le travail que vous devez faire pour préparer une audition comme celle-là. Alors, merci beaucoup. Bonne fin de journée.

Nous allons suspendre la séance quelques minutes pour vous permettre de quitter et puis nous allons terminer, faire nos conclusions. Alors, merci beaucoup.

(Fin de la séance à 18 h 7)